

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**URSACHEN PSYCHISCHER KRANKHEIT IM
SELBSTVERSTÄNDNIS DES KRANKEN**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Henning Saß
aus Kiel

Mainz 1973

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

URSACHEN PSYCHISCHER KRANKHEIT IM
SELBSTVERSTÄNDNIS DES KRANKEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Henning Saß
aus Kiel

Mainz 1973



Fachbereichsdekan: Professor Dr. Fischer

Referent: Professor Dr. Peters

Korreferent: Professor Dr. Rieger

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
TEIL A: Einleitung: Problemstellung, allgemeine und spezielle Literatur	1
TEIL B: Patienten und Methoden	20
TEIL C: Analyse der Untersuchungsergebnisse in Fallstudien	25
1.Kapitel: Abwehr	26
2.Kapitel: Unterwerfung	36
3.Kapitel: Anpassung	55
4.Kapitel: Realitätsverkenennung	58
5.Kapitel: Kämpferische Auflehnung	60
6.Kapitel: Zur Stellung psychischer Krankheit und Tendenz zur Konfliktflucht	74
TEIL D: Synthese der Untersuchungsergebnisse	84
I. Einleitung	84
II. Zusammenfassung der Analyse	86
III. Motive für das Verhalten psychisch Kranker	89
IV. Folgen	92
V. Vergleich mit den Ergebnissen von BARD und DYK	98
VI. Folgerungen für ärztliches Verhalten	99
TEIL E: Zusammenfassung	103
TEIL F: Literaturverzeichnis	110



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554427_0059

TEIL A

Einleitung: Problemstellung, allgemeine und spezielle Literatur

Psychische Krankheit hat mehr als körperliche den Charakter des Unheimlichen und Bedrohlichen. Sie bringt wenig Schmerzen und gestörte Funktion des Leibes mit sich, dagegen wird das geistige Bild der eigenen Person und der Umwelt in Frage gestellt. Dieser Vorgang ist oft bedrohlicher und quälender als körperlicher Schmerz. Immer haben Menschen Bedrohliches und Unerklärliches zu meistern versucht, indem sie ihm eine (dem jeweiligen Weltverständnis entsprechende) Bedeutung unterlegten. Übermächtige Kräfte und Einflüsse ließen sich zwar nicht zähmen, verloren aber einen Teil ihres Schreckens, wenn sie eingebettet wurden in eine vertraute Vorstellungswelt. In diesem Sinne erhielt auch die Krankheit zu allen Zeiten eine Bedeutung, die der geistigen Situation der Zeit entsprach. Die Stellung des Kranken in seiner Umwelt und sein Selbstverständnis in der Krankheit waren stets Ausdruck der kulturellen Entwicklung der Gesellschaft. In den Vorstellungen über die Ursachen der Krankheit schlugen sich Vorstellungen über Mächte und Kräfte nieder, denen das Leben gehorcht.

Allgemeine Literatur

SIGERIST (1952) gibt einen Überblick über die Stellung des Kranken und der Krankheit in verschiedenen Kulturen. Z.B. waren bei den semitischen Stämmen im antiken Orient die Kranken Menschen, die für ihre Sünden büßen mußten. Sogenannte primitive Stämme in Afrika sehen Kranke als von übernatürlichen Mächten oder Feinden verzaubert an (magische Betrachtungsweise). Das antike Griechenland war eine Welt der Ge-

sunden und Starken, mit einem gesunden, wohlausgewogenen und schönen Idealmenschen. Krankheit störte den Plan der Vollkommenheit und machte den Menschen zum minderwertigen Krüppel. Folgerichtig galt es den griechischen Ärzten geradezu als unethisch, einem hoffnungslosen Fall beizustehen. Eine ganz andere Einschätzung erfährt der Kranke im Christentum. Es wendet sich an die vom Leben Enterbten, Müsseligen und Beladenen und bietet Heilung, körperliche und seelische Aufrichtung. Krankheit bedeutet Läuterung und führt zur Gnade. Der Kranke ist nicht minderwertig, sondern wandelt in seinem Leid in den Fußstapfen des Herrn, auch "ein Kreuz auf sich nehmend". Durch eine solche Analogie zum Leiden des Herrn erhält die Krankheit einen hohen Wert.¹

Im 18. Jahrhundert trat die christliche Auffassung der Krankheit allmählich zurück und Krankenpflege sowie Erforschung der Krankheit und ihrer Ursachen wurden zur humanistischen Aufgabe. Die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin brachte eine immer stärkere Tendenz zur Versachlichung und Entideologisierung im Verständnis der Krankheiten und ihrer Ursachen. Diese Entwicklung war einerseits mit enormen Fortschritten in der wissenschaftlichen Aufklärung vieler Krankheiten verbunden, führte aber andererseits dazu, daß der k r a n k e M e n s c h mit seinen seelischen Problemen mehr in den Hintergrund trat.

Eine Gegenbewegung zur rein naturwissenschaftlichen Auffassung von Krankheit bedeutete die anthropologisch orientierte Medizin, die den Menschen, seine Persönlichkeit und seine philosophische Existenz wieder mit in die Betrachtung der Krankheit und ihrer Ursachen einbezog. Besonderes Gewicht bekam die Frage nach dem Sinnbezug der Krankheit für das Leben des Kranken, ebenso die Probleme von Verfehlung und Schuld. So erhält für GRODDECK (1925) die Krankheit einen Sinn, indem er sie als Mahnung auffaßt: "Lebe nicht so wei-

¹Dieser Absatz folgte SIGERIST (1952).

ter, wie Du beabsichtigst!" Im Krankwerden erklinge die befehlende Stimme des Es an Seele und Leib, Organe, Gewebe und Zellen: "Bis hierher und nicht weiter!" Auch JORES (1959, 1960) versteht die Krankheit als etwas Sinnhaftes und erhebt die Forderung nach einer Anthropologie als Basis der Medizin. Die Frage nach dem Sinn einer Krankheit für das Leben des Menschen erscheint geradezu als Umkehr all der Bemühungen zur Versachlichung, Objektivierung, Entideologisierung, die das naturwissenschaftliche Denken in die Medizin gebracht hatte. Nach JORES ist es dem Menschen aufgegeben, in Freiheit die Erreichung eines höchsten, dem jeweiligen Entwicklungsgrade und den jeweiligen Umständen entsprechenden Lebensreichtums anzustreben. JORES sieht es als Grundgesetz der Natur an, daß alles Leben nach höchstmöglicher Entfaltung der in ihm liegenden Eigenschaften strebt. Hier liegt die Möglichkeit des Menschen, sich zu verfehlen, und dies wird dann zur Ursache der "spezifisch menschlichen Krankheiten". Spezifisch menschlich sind sie deswegen, weil es wegen seiner Freiheit nur dem Menschen möglich ist, sich selbst zu verfehlen, d.h. seine Anlage nicht zur höchstmöglichen Entfaltung zu bringen. Die Gesundheit des Menschen hängt also ab vom geglückten Lebensentwurf, ein Scheitern wird zur Ursache von Krankheit. JORES wirft der heutigen Medizin vor, daß sie eine Medizin ohne Seele sei, daß sie lediglich Veterinärmedizin betreibe, wenn sie das Leib-Seele-Problem und die Sinnhaftigkeit von Krankheit vernachlässige. Nach JORES muß der Arzt der Zukunft sich nicht nur um die Behandlung des Menschen kümmern, sondern auch darum, welche inneren (seelischen) Bedingungen ihn an den Rand des Todes gebracht haben.

Die Forderung nach Erforschung der inneren Bedingungen im Kranken berührt das Thema dieser Arbeit. Krankheit bedeutet Unsicherheit, Gefahr und Bedrohung. Wie fühlt sich der Mensch dabei? In der Medizin werden zwar die Ursachen von Krankheiten und ihre Heilungsmöglichkeiten eingehend erforscht, Gedanken, Gefühle und Stimmungen des erkrankten Menschen werden dabei jedoch allzu leicht außer acht gelas-

sen. Wenn die Krankheit des Menschen über die Bedrohung seiner Existenz an Sinnfragen des Lebens rührt, dann muß die Krankheit für sein Selbstverständnis, für seine geistige und seelische Situation eine große Bedeutung haben. Wie versteht der Mensch seine Krankheit und sich selbst in der Krankheit? Wie empfindet er sie? Was denkt er über sie? Was hält er für die Ursachen seiner Krankheit? Wie ordnet er in seiner Vorstellung die Krankheit und ihre Ursachen in sein übriges Leben, in seine soziale Situation ein? Diese Fragen sind gestellt, wenn in dieser Arbeit die Vorstellungen psychiatrischer Patienten über die Ursachen ihrer Krankheit zum Zeitpunkt der Einlieferung ins Krankenhaus untersucht werden.

Auch JORES macht Aussagen über die Ursachenvorstellungen der Patienten: "Da der Mensch ein 'ursachensuchendes Wesen' ist, erlebt man es als Arzt selten, daß ein Patient nicht seinerseits die Ursachen seines Krankseins, insbesondere wenn man danach fragt, mitteilt." Für JORES scheint es plausibel zu sein, daß Menschen - dem allgemeinen Kausalitätsbedürfnis entsprechend - gewöhnlich feste Vorstellungen über die Ursachen ihrer Krankheit äußern. Allerdings macht PFLANZ (1958a, 1958b) andere Erfahrungen, wie später gezeigt wird, und auch in unserer Untersuchung wird sich zeigen, daß die Ursachenfrage für die Patienten keineswegs unproblematisch ist. Auch über den näheren Charakter der Ursachenvorstellungen macht JORES Angaben, die sich mit unseren Ergebnissen bei psychiatrischen Patienten nicht decken, wohl aber Ähnlichkeit zu den noch zu besprechenden Angaben bei BARD und DYK (1956) aufweisen: "Arzt wie Patient sehen in den meisten Fällen die Ursachen in Faktoren, die außerhalb des Patienten liegen. Es sind Schädigungen, die den Menschen von außen treffen. (...) Im Vergleich zu den Zeiten der magischen Kulturstufe hat sich eigentlich nicht viel geändert. Die Geister sind nur entpersonalisiert worden. An ihre Stelle sind unpersönliche Kräfte getreten."

Der engagierten Kritik von JORES an der Entpersönlichung der Medizin ist zuzustimmen. Unbefriedigend dagegen bleibt, daß die absolute Position des naturwissenschaftlich orientierten Arztes, der lediglich nach objektiven Meßdaten fragt, ersetzt ist durch die ebenso absolute Position des Arztes als Philosophen, der ebenso einseitig von einem bestimmten anthropologisch-philosophischen Weltentwurf ausgeht. Dem Patienten und seiner Krankheit werden Sinnbezüge aufgezwungen, ohne daß der Kranke selbst nach seiner Stellung zur Krankheit und ihrem Sinn gefragt wird.

Erst v.WEIZSÄCKER (1946, 1947) stellt als ebenfalls anthropologisch orientierter Arzt immer wieder die beharrliche Frage an den Patienten selbst: "Woher kam das? Was denken Sie? War das etwas Seelisches?" Er regt an, Krankheiten, auch organische, versuchsweise stets so zu betrachten, als ob der Kranke die Krankheit selbst mache. Hiermit unterstellt er, daß es im seelischen Bereich des Patienten liegende Ursachen gibt, die ihn dazu veranlassen, jetzt krank zu werden, und er versucht auch, diese Ursachen durch direkte Befragung des Patienten nach dem, was er sich an Ursachen vorstellt, zu erfahren. v.WEIZSÄCKER will aus der Lebensgeschichte und der Lebenssituation des Kranken das "Gerade hier und jetzt" der Krankheit erklären. Seine Konzeption des Gestaltkreises bedeutet eine Betonung des S u b j e k t e s , nachdem vorher die Tendenz zum O b j e k t i v i e r e n so stark war. v.WEIZSÄCKER durchbricht die medizinische Selbstbezogenheit sowohl des naturwissenschaftlich orientierten als auch des anthropologisch-philosophischen Arztes. In den Mittelpunkt des Interesses geraten die psychischen Vorgänge im Patienten selbst, der als Subjekt anerkannt und behandelt wird.

Die Fragen nach den inneren seelischen Bedingungen für das Entstehen von Krankheit sind schon seit Beginn unseres Jahrhunderts im psychoanalytischen Gedankengebäude fest verankert gewesen, wenn auch ihrer Übernahme in das allgemeine

medizinische Denken teilweise noch immer Widerstände von seiten der Schulmedizin entgegenstehen (MITSCHERLICH 1954, 1958). Allerdings werden auch im psychoanalytischen Prozeß die Vorstellungen des Patienten über seine Krankheit und ihre Ursachen nicht systematisch erfaßt, vielmehr besteht ja ein festes System von Ursachenvermutungen auf seiten des Therapeuten; die Angaben des Patienten werden innerhalb dieses Systems verarbeitet und gedeutet. 2

Das psychoanalytische Denken hat wesentliche Aufschlüsse über die Situation des Patienten in seiner Krankheit, über sein Selbstverständnis und sein Verhältnis zur Umgebung und zum Arzt erbracht. Für unsere Frage nach den Ursachenvorstellungen der Patienten über ihre Krankheit scheint besonders eine Annahme wichtig, die sich aus den psychoanalytischen Untersuchungen ergibt: die Krankheit, die ein Mensch hat, ist keine konkrete, gegebene Größe, kein festumrissener Untersuchungsgegenstand, objektivierbar und mit den Eigenschaften der Konstanz und Validität. Die Krankheit, an der ein Mensch leidet, ist vielmehr ein recht instabiles Ergebnis eines längerdauernden, vielschichtigen Einflüssen unterliegenden Prozesses (MITSCHERLICH 1957). Dies gilt vor allem für psychische Störungen, sicher aber auch für viele als somatisch angesehene Krankheiten. Man könnte von einem "fluktuierenden Charakter" der Krankheit sprechen. BALINT (1957) gibt davon eine anschauliche Schilderung: "Bei Menschen, die mit den Schwierigkeiten ihres Lebens nicht fertigwerden, sich in Krankheit flüchten, kann der Arzt beobachten, daß sie in den ersten Stadien der Erkrankung, bevor sie sich noch auf eine bestimmte organisierte Erkrankung festgelegt haben, ihm sozusagen verschiedene Krankheiten anbieten oder vorschlagen und gegebenenfalls solange neue Krankheiten zur Auswahl anbringen, bis zwischen ihnen und dem Arzt Übereinstimmung erzielt ist, d.h. beide eine der Erkrankungen als begründet ansehen." In diesem Zusammenhang stellt BALINT fest, daß eine der wichtigsten Nebenwirkungen, wenn nicht sogar die Hauptwirkung des Medikamentes "Arzt"

die Antwort des Arztes auf die Angebote des Patienten sei. Schon hier wird deutlich, daß die Ausprägung eines Krankheitsbildes keineswegs von vornherein feststeht, wenn eine krankhafte Störung beginnt. Auch die Persönlichkeit des Arztes und seine subjektiven Interessen haben einen wesentlichen Einfluß auf das, was er beobachtet (und was schließlich die "Krankheit" des Patienten ist). An einem eindrucksvollen Beispiel zeigt BALINT (1960), wie die Krankheit eines Patienten in seinem Kontakt mit verschiedenen Ärzten jeweils ganz verschieden bestimmt wird. Dieser Patient hatte bei 34 Ärzten, oft Spezialisten, Befunde erhalten. Jedesmal stand am Beginn, es handle sich um eine ausgesprochen neurotische Persönlichkeit, doch alle Ärzte erhoben dann ihre eigenen Spezialbefunde und mündeten in eine entsprechende Krankheit ein, ohne sich um ihre Eingangsfeststellung zu kümmern. Solche oft von den Ärzten induzierten Arrangements über die Krankheit bringen BALINT zu der Forderung, beim Kontakt zwischen Arzt und Patient diesen das Geschehen bestimmen zu lassen (allowing the patient to run the show). Dies korrespondiert mit unserem Vorhaben, den Patienten selbst nach seinen Vorstellungen über seine Krankheit und ihre Ursachen zu fragen, so sehr dies auch den üblichen medizinischen Gebräuchen widerspricht, in denen der Patient lediglich Untersuchungsdaten liefert und der Arzt den Sachverständigen über die Krankheit darstellt. Auch in einer Arbeit von SOLMS und TYNDEL (1954) wird gezeigt, wie Ärzte durch ihr Angebot an Krankheiten (SOLMS spricht von "Deckdiagnosen") zur Verschleierung anderer Störungen beitragen. Von den Patienten einer Allgemeinpraxis litt ein Drittel an psychischen Störungen mit funktionellen Syndromen, die sich u.a. hinter folgenden Deckdiagnosen verbargen: Hyperthyreose, Kopfschmerz (Cephalaeae, Kopfsneuralgie, Migräne), Nervenentzündung (Neuritis, Neuralgie, Brachialgie), Rheumatismus, Schwindel. Hieraus folgt, daß der Arzt sich stets vor Augen halten muß, in wie hohem Maße er durch spezialisierte Ausbildung und Ausrichtung seines Denkens das kranke Subjekt aus dem Blick verliert und Somatisation geradezu anbietet.

Es gibt weitere Momente, die auf den Konstituierungsprozeß einer Krankheit gestaltend einwirken. Insbesondere psychische Krankheit begegnet Gegenkräften, die kaschierend wirken, während, wie eben gezeigt, somatische Krankheiten eher gefördert werden. Schon FREUD (1916-17) beschreibt die Widerstände, die psychischen Krankheiten und ihrem Eingeständnis bei Arzt und Patient entgegenstehen. MEERWEIN (1969) führt hierzu aus: "Die meisten Menschen werden bei uns gelehrt, daß erwachsene Menschen keine mitmenschliche Hilfe suchen oder brauchen sollten. Das hat zur Folge, daß Menschen, die solche Hilfe brauchen, sich deswegen schämen oder sich geradezu für verrückt halten...." Schon aus dieser kurzen Textstelle ist erkennbar, welche eine Bedrohung das Verrücktwerden für den Menschen darstellt. Die Erkenntnis, an einer psychischen Krankheit zu leiden und die Annahme psychotherapeutischer Hilfe kann zu einer narzisstischen Kränkung werden. Dies macht die Geisteskrankheit furchtbar und muß als beeinflussender Faktor beim Konstituierungsprozeß einer Krankheit berücksichtigt werden.

De BOOR (1958) hat die Widerstände insbesondere gegen die Annahme psychosomatischer Behandlung genauer beschrieben. Folge einer langdauernden und für beide Seiten unbefriedigenden (somatischen) Symptombehandlung sei eine Spannung zwischen Hausarzt und Patient, die den resignierenden Entschluß (oft als negativ getönte Affekthandlung des Arztes) zur Folge habe, den Patienten wegen seiner "Nerven" zum Psychotherapeuten zu schicken. Dem so evozierten Widerstand begegne dann auch der nächste, nicht mehr somatisch behandelnde Arzt. Der Patient müsse sich ja auch dagegen wehren, in der Krankheitsrangordnung eine Stufe tiefer zu sinken. Auch die Familie als strukturierte Gruppe in der Gesamtsozietät hänge noch dem Krankheitsbegriff der klassischen Medizin in den letzten 100 Jahren an: wo eine körperliche Krankheit ist, muß auch eine materiell faßbare Ursache sein.

Die Widerstände, psychische Gründe als Ursache für Krankheit zu akzeptieren, sind also vielfältig. STERN (1952) beschreibt den Vorgang, der zur Manifestation einer körperlichen Krankheit als Ausdruck ursächlicher seelischer Störungen, moralischer Konflikte und affektiver Spannungen führt, genauer: "Die seelischen Spannungen sind häufig äußerst unangenehm für den Menschen. Sie lassen ihn leiden und quälen ihn. Sie können einen solchen Grad erreichen, daß der Mensch sie nicht mehr zu ertragen vermag. Sehr häufig sind moralische Leiden schwerer auszuhalten als körperliche Beschwerden und Schmerzen. Die Umwandlung in eine körperliche Erkrankung bedeutet für den betreffenden Menschen den Vorteil, ein im Grunde erträgliches Leiden dem erstickenden Gefühl einer unbewußten Verfählung zu substituieren. Der Wunsch, durch körperliche Behandlung geheilt zu werden, tritt an die Stelle des weitverzweigten Schuldgefühls. Auf alle Fälle aber bringt eine solche Metastase, die von der psychischen auf die körperliche Ebene übergeht, die Angst zum Verschwinden, und das ist ihr wesentlicher Vorzug. Eine solche Ersatzbildung hat zudem den Vorzug, die Tore zu öffnen für eine Genesung und sekundäre Gewinne einzuschließen."

Wegen all der geschilderten Einflüsse, die auf die Konstituierung der Krankheit einwirken - Krankheitsangebot von seiten des Patienten, Deckdiagnosen und Spezialistenangebot von seiten der Ärzte, Krankungscharakter psychischer Krankheit und psychotherapeutischer Hilfe, Somatisierungstendenz seelischer Störungen - läßt sich die schließlich manifest werdende Krankheit als Ergebnis eines Prozesses auffassen, auf den viele Kräfte gestaltend einwirken. So verstanden bedeutet Krankheit keinen fest abgrenzbaren, objektiv zu analysierenden Untersuchungsgegenstand. Wegen der Vielfalt der Einwirkungen und des subjektiven Charakters vieler Entstehungsbedingungen erscheint es sinnvoll, die Sicht des Patienten selbst von seiner Krankheit zu erkunden. Seine Vorstellungen über die Krankheit und ihre Ursachen lassen Hinweise auf die gestaltenden Kräfte im Konstituierungsprozeß von Krankheit erwarten.

Mit der Aufnahme ins Krankenhaus geht der als labil geschilderte Entwicklungsprozeß - gerade bei psychiatrisch Kranken - recht abrupt in einen stabilen Zustand über, der geprägt ist von den Normen, Zwängen, Gepflogenheiten und Klischees der Institution psychiatrisches Krankenhaus (FISCHER 1969; HEMP- RICH und KISKER 1968). Gerade dieser abrupt eintretende neue Zustand der fixierten Krankheit, die sich nicht mehr im Entstehungsprozeß des Aushandelns im vormedizinischen Kräfte- feld befindet, bedeutet für den Patienten, daß er jetzt ein "Irrer" ist, da im Publikum noch immer die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus mit "Irresein" gleichgesetzt wird. Diese Vorstellung verursacht im Augenblick der Auf- nahme eine große Ängstigung und Verunsicherung, wie noch zu zeigen sein wird.

Wesentliche Einflüsse auf die Entstehung psychischer Krank- heit gehen von der Umwelt aus. Einen Ansatz für die Unter- suchung des komplexen Verhältnisses von Krankheit und Gesell- schaft bietet das Rollenmodell von PARSONS (1958, 1969). Er bringt die Stellung des psychiatrisch Kranken in der Gesell- schaft und die Behandlung, die er erfährt, in Zusammenhang mit der Funktion der Krankheitsrolle.

PARSONS spricht nicht über Krankheit "an sich", sondern er stellt eine theoretische Untersuchung an über ihre Funktion in einem streng definierten Rollenmodell von der sozialen Wirklichkeit. Die Kriterien für psychische Krankheit und Ge- sundheit werden definiert nach dem Gesichtspunkt der sozia- len Rollenerfüllung eines Individuums und nach der sozialen Steuerung des Verhaltens. So ist psychische Gesundheit der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist. Psychische Krankheit dagegen beinhaltet die Unfähigkeit, die Erwartungen sozialer Rollen zu erfüllen und ist vornehmlich ein Problem sozialer Beziehungen.

In dem System der sozialen Rollen hat der sozial institutionalisierte Rollentyp "Krankheit" folgende wesentlichen Funktionen:

- 1) Die Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen des Gesunden. (Dabei fungiert der Arzt als Berufungs- und Legitimationsinstanz.)
- 2) Die institutionalisierte Vorstellung, daß man vom Kranken nicht erwartet, er solle gesund werden, indem er "sich zusammennimmt". Er "kann nichts dafür". Dies ist die Brücke, die ihm die Annahme von Hilfe ermöglicht, ohne sozial deklassiert zu werden. In den meisten anderen Situationen hat die Notwendigkeit, soziale Hilfe annehmen zu müssen, etwas Demütigendes.
- 3) Bestimmung des Krankseins als unerwünscht (was nicht immer selbstverständlich ist) und dadurch auch verbunden mit dem Willen oder gar der Verpflichtung zu dem Willen, wieder gesund werden zu wollen.
- 4) Verpflichtung des Patienten, fachkundige Hilfe zu suchen, d.h. meistens die des Arztes. Hier fügt sich die Rolle des Kranken mit der des Arztes zu einer komplementären Rollenstruktur zusammen.
- 5) Weiter kommt hinzu die Funktion der Absonderung, die die Krankenrolle erfüllt, und damit eines Schutzes der Gesellschaft vor der u.U. gesellschaftsschädlichen Motivation des Kranken, insbesondere des psychisch Kranken.

Besonders bedeutsam in der Funktion der Absonderung erscheint, daß dem Kranken jeder Anspruch auf Rechtfertigung seiner Krankheit und allgemeinere Legitimation für sein Handeln genommen wird, eine Legitimation, die er z.B. in einer Gruppe gewinnen könnte. (Ganz deutlich wird dies anhand des Heidelberger Patientenkollektivs, das - nicht abgesondert in der

für die Funktion der psychiatrischen Krankenbetreuung vorgesehenen Institution - eine allgemeinere Legitimation für sein Handeln zu entwickeln versuchte und die Krankenrolle damit abstreifte. Dadurch geriet es in Widerspruch zu allen oben definierten Merkmalen, die zur Duldung eines Kranken führen (SPK-Dokumentation 1972).) Die bedingte Legitimation, die ein Kranker durch die Krankenrolle (mit obigen Merkmalen) genießt, wird erkaufte um den Preis, daß die Krankheit selbst ein unerwünschter Zustand ist, von dem man sich so schnell wie möglich erholen muß. Krankheit muß für die Gesunden den Charakter des Unerwünschten haben (analog dem "illegitimen" Verbrechen als weiterem Muster abweichenden Verhaltens), damit die eigene Motivation, nicht krank zu werden (d.h. nicht sozial abzuweichen), gestärkt wird. (Im Dienste dieser Funktion steht die häufige Einschätzung von Krankheit als Makel und die Diffamierung psychischer Krankheit.)

Die in Punkt 3) und 4) genannten Elemente beinhalten, daß ein Mensch, sobald er in die Krankenrolle gerät, Hilfe annehmen kann, ohne seine soziale Geltung allzusehr zu schädigen. Allerdings ist er dann auch verpflichtet, die Hilfe anzunehmen. Die Annahme der Krankenrolle ist gekoppelt mit der Verpflichtung, therapeutische Bemühungen anzunehmen, wobei diese offenbar auf die Beseitigung des besonderen Musters abweichenden Verhaltens abgestellt sind, das Krankheit bedeutet. In dieser Sicht erhält die Rolle des Kranken, insbesondere des psychisch Kranken, die Funktion, abweichendes Verhalten derart zu steuern, daß gesellschaftsschädigende Folgen ausgeschaltet werden. Solche wären vor allem die Gruppenbildung (verhindert durch Absonderung) und Streben nach dauerhafter Legitimierung (verhindert durch die der Krankenrolle immanente Bestimmung als negativ). Die mit solchen Rollenmerkmalen versehene psychiatrische Krankheit nennt PARSONS - was ihre gesellschaftliche Funktion angeht - ein Mittel zur Kanalisierung gesellschaftlicher Schwierigkeiten. Dabei erscheint vom Gesichtspunkt der Stabilität des gesell-

schaftlichen Systems der psychiatrisch Kranke als Typ abweichenden Verhaltens weniger gefährlich als andere Rollentypen, so die des Kriminellen oder Oppositionellen. (Vielleicht rührt daher die Tendenz, oppositionellen Intellektuellen (UdSSR) lieber die Rolle des Geisteskranken zuzuweisen.) PARSONS' Studium der Rollen von Medizin und Krankheit eröffnet eine Sehweise, die besonders einen Aspekt herausarbeitet: daß sich Medizin und Krankenrolle als Bestandteile systemerhaltender, ausgleichender und integrierender Prozesse verstehen lassen.

Spezielle Literatur

Gemessen an der Fülle ätiologisch und pathogenetisch ausgerichteter Arbeiten, in denen Ärzte ihre Vorstellungen über die Ursachen psychiatrischer Krankheit erörtern, gibt es wenig Arbeiten, die sich mit den Vorstellungen der betroffenen Subjekte, der Patienten, beschäftigen.

PFLANZ (1958a, 1958b) hat in zwei Arbeiten zu diesem Thema Stellung genommen: "Über ätiologische Vorstellungen" und "Entstehung und Bedeutung von Vorstellungen über die Ursachen von Krankheiten", in denen über eine Untersuchung an 400 Patienten, davon 30 psychiatrische, berichtet wird. Ihnen wurde die Frage gestellt: "Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Krankheit?" Als Ergebnis wird in Prozentzahlen angegeben, in welchen Bereichen die Patienten die Ursachen ihrer Krankheit sahen. 60 % aller Patienten konnten keine Ursachen angeben, aber nur 13,4 % der psychiatrischen Patienten. Die angegebenen Ursachen lagen in den Bereichen der Arbeit, seelischer Ursachen und medizinischer Ursachen. Eine Angabe der Prozentwerte erscheint hier nicht sinnvoll, da daraus keine nähere Beurteilung möglich ist. Wegen der oben geschilderten komplexen Einflüsse, die für den Entstehungsprozeß einer bestimmten Krankheit und der Ursachenvorstellungen verantwortlich sind, läßt sich eine genauere Analyse

anhand der Zahlenwerte nicht vornehmen. PFLANZ kommt zu der Auffassung, daß mehrere Momente für das Zustandekommen von Ursachenvorstellungen wesentlich sind:

- 1) Individuelle Momente wie Lebenserfahrung, Charakterhaltungen und Deutungen der Welt.
- 2) Sozialpsychologische Faktoren. Die beobachtete Stereotypie der Antworten wird als Indiz für einen Zwang zur Konformität gewertet.
- 3) Kulturelle Faktoren höherer Ordnung wie Weltanschauung, Zeitgeist und Lebensstil.
- 4) Die Ursachen werden gesucht in Lebensbereichen, die den Daseinsordnungen ZUTTs entsprechen: Rangordnung, Wohnordnung, Ordnung der Ernährung etc.

Sehr interessant sind die Ergebnisse einer Arbeit von BARD und DYK (1956), auf die PFLANZ hinweist. Sie untersuchten 100 krebskranke Patienten. Von ihnen äußerten 47 spontan 72 verschiedene Vorstellungen über die Ursachen ihrer Krankheit. 18 davon waren Selbstbeschuldigung (self-blame), wobei die Krankheit entweder als Strafe für falsches Handeln oder als Beweis für persönliches Versagen angesehen wurde. Dies erscheint erstaunlich bei einer so eindeutig als somatisch angesehenen Erkrankung. In 3 Fällen wurde Schuld explizit als Ursache angegeben, während zweimal magische Beeinflussungen angenommen wurden. 10 Vorstellungen betrafen anale oder orale Funktionen, sie standen in Zusammenhang mit Magen-Darm-Krebsen. Sehr hoch mit 50 Ursachenvorstellungen ist der Anteil an Projektion von Schuld. Sie wird in Anlehnung an A.FREUD (1936) erklärt als Vorgang, bei dem die kritisierende Instanz ins eigene Über-Ich verlagert ist, dadurch wird es möglich, verbotene Impulse zu externalisieren. Somit dient die Projektion von Ursachenvorstellungen der Vermeidung von Selbstkritik. BARD und DYK meinen, daß diese Technik des Um-

gangs mit Ursachenvorstellungen ihren Ursprung in traumatisierenden Kindheitserfahrungen haben mag, die Mißtrauen und aufmerksame Erwartung von Unrecht aus einer feindlichen Umgebung erzeugten. (Das Phänomen der Projektion der Ursachenvorstellungen bei den Krebspatienten steht in deutlichem Kontrast zu dem Verhalten der Patienten in dieser Untersuchung.) Die 50 als Projektion klassifizierten Ursachenvorstellungen enthielten, was BARD und DYK als höchst überraschend bezeichnen, 26 Vorstellungen, die eine andere Person beschuldigen. 11mal wurde dabei emotionale Spannung als Mittel angesehen, durch die andere Personen Schaden zufügten, 5mal betraf dies ein direktes Familienmitglied. Andere projektive Vorstellungen, z.T. mit Vorwürfen an bestimmte Personen gekoppelt, betrafen Ernährung, physikalische Traumen, Sorgen, elterliche Vernachlässigung u.a.m., in 6 Fällen wurde eine Verursachung durch ein übernatürliches Wesen angenommen. Sieben andere projektive Vorstellungen betrafen Einflüsse am Arbeitsplatz.

Für unseren Zusammenhang ist das wichtigste Ergebnis dieser Arbeit, daß solche Vorstellungen über die Krankheitsursache (bei Krebskrankheit!) überwiegen, die zwischenmenschliche Beziehungen als genügend schädlich ansehen, um schwere Krankheit zu erzeugen. Dies ist bei nichtpsychiatrischen Patienten ebenso überraschend wie der hohe Anteil an Selbstbeschuldigung. In der Interpretation von BARD und DYK erhalten Ursachenvorstellungen bei schwerer Krankheit den Zweck, die Bewahrung der emotionalen Integrität zu sichern und emotionale Desorientierung abzuwehren. Sie stellen fest, daß sie keine signifikanten Beziehungen finden konnten zwischen der Art der Ursachenvorstellungen und kulturellen, Bildungs- oder religiösen Faktoren. Die Erziehung determiniere mehr die Art, in der Ursachenvorstellungen vorgebracht werden, als ihren Inhalt. Ihnen erscheint als kritischer Faktor für die Entwicklung der Ursachenvorstellungen die Psychodynamik der Individuen. BARD und DYK betonen die Bedeutung der Erforschung der Ursachenvorstellungen der Patienten. Ihre Kenntnis sei einerseits wichtig, weil sie eine Basis für die Ent-

scheidungen und Handlungen der Patienten bilden, andererseits hätten auch die Ärzte ihrerseits ein System von Ursachenvorstellungen, das positiv oder negativ mit dem der Patienten interferiere. BARD und DYK halten es für möglich, daß eine genauere Kenntnis der psychodynamischen Prinzipien, die bestimmten Ursachenvorstellungen zugrunde liegen, Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung möglich macht, die für beide Seiten vorteilhaft sind. Die Ergebnisse und Anregungen der Arbeit von BARD und DYK erscheinen so wertvoll, daß es sinnvoll erscheint, ähnliche Fragen bei psychiatrischen Patienten zu untersuchen.

Zwei katamnestische Arbeiten von K.ERNST (1964, 1970) beschäftigen sich mit Krankheitsursachen und Klinikbehandlung im rückblickenden Urteil der Patienten und Nachuntersucher. Sie enthalten für unseren Zusammenhang kein Material, da die Patienten aus großem zeitlichen Abstand nach abgelaufener Therapie untersucht werden und keine detaillierten Angaben über die Ursachenvorstellungen der Patienten gemacht werden.

Zur Problematik der Untersuchung von Ursachenvorstellungen psychiatrischer Patienten:

Die bisherigen Erörterungen über Gesellschaft und Medizin, über den Konstituierungsprozeß von Krankheit und über die Ursachenvorstellungen sollen als verfremdende und verbergende Momente bei der Erforschung der Ursachenvorstellungen noch einmal zusammengefaßt werden:

1) Individueller Aspekt - Selbsteinschätzung der Patienten. Mehrfach klang bereits an, daß ein Kranker, der aus der Gemeinschaft der psychisch Gesunden herausfällt, Unsicherheit oder gar Angst und Schuld empfindet, Gefühle, die bei vielen Krankheitszuständen offen zutage liegen oder aber massiv im Hintergrund vorhanden sind. In der Atmosphäre des schuldhafte empfundenen Andersseins und der Minderwertigkeit könnte der psychisch Kranke Schwierigkeiten haben, solche Ursachen-

vorstellungen zu äußern, die ihn in noch stärkeren Gegensatz zur Umwelt bringen. Ängstlich erlebte gesellschaftliche Isolierung kann ihn daran hindern, sich durch Kritik an Personen und Institutionen, die in seiner Umgebung Macht besitzen, noch weiter zu isolieren.

2) Gesellschaftlicher Aspekt.

Bezeichnet der individuelle Aspekt zu erwartende Verbiegungen der Ursachenvorstellungen vom erschütterten Selbstvertrauen des Individuums her, so gibt der gesellschaftliche Aspekt die Kehrseite an, den Druck auf den Patienten, der sowohl von der engeren sozialen Umwelt, der Familie, stammen kann als auch von der weiteren, z.B. Berufswelt und Institutionen. In der Sicht PARSONS' war deutlich geworden, daß die Umwelt im psychisch Kranken jemanden erfährt, der aus der sozialen Ordnung herausgetreten und in Widerspruch zu ihr geraten ist. Für die Gesellschaft wird es, unausgesprochen zwar, aber objektiv erkennbar, von Vorteil sein, wenn der Kontrast, den der psychisch Kranke zur "heilen" Umwelt bildet und der eine stumme Kritik, einen latenten Vorwurf beinhaltet, nicht zur offenen Kritik an der gesellschaftlichen Wirklichkeit führt. So gesehen besteht in der engeren und weiteren Umgebung des Patienten ein Interesse daran, solche Ursachenvorstellungen zurückzudrängen, die Hinweise auf soziale Mißstände enthalten. Auch dies kann zum verfälschenden Moment bei der Ursachenbeurteilung psychischer Krankheit werden.

3) Rollenfunktion der Medizin und Struktur des medizinischen Apparates.

Ebenfalls im Dienste gesellschaftliche Interessen steht die - im Modell PARSONS' ausgedrückt - Funktion des psychiatrischen Rollensystems. Hat nämlich der Rollentyp des psychisch Kranken die Funktion, integrierend auf eine bestimmte Form sozialer Abweichung zu wirken, so hat die komplementäre Rolle des Arztes die Funktion, diese Integration durchzuführen und

damit gesellschaftsstabilisierend zu wirken. Im Dienste dieser Funktion ist zu erwarten, daß schon von der Struktur des medizinischen Apparates her solche Ursachenvorstellungen unterdrückt werden, die sozial relevant sind und eine Tendenz zur Systemkritik enthalten. In diesem Zusammenhang erhält die vorwiegend pathophysiologisch-organpathologische Ausrichtung der Medizin über die wissenschaftsgeschichtliche Bedeutung hinaus einen ideologischen Charakter. Die Widerstände gegen die Anerkennung psychischer Krankheit bzw. psychischer Ursachen von Krankheit (BALINT, de BOOR, MITSCHERLICH, MEERWEIN) hängen auch zusammen mit der Struktur des medizinischen Apparates, angefangen von der rein naturwissenschaftlichen Ausbildung und Orientierung der Ärzte über das Übergewicht der apparativen und technisierten Medizin bis hin zur Vernachlässigung oder gar Diskriminierung von Psychosomatik und Psychiatrie. Struktur und Funktion des medizinischen Apparates erzeugen die Tendenz, die Bedeutung somatischer Krankheitsursachen hervorzuheben und psychische Ursachen zurückzudrängen, so wird (SOLMS) Somatisierung nahegelegt. Auch dies muß bei der Untersuchung der Ursachenvorstellungen berücksichtigt werden.

4) Der psychodynamische Aspekt.

Die Betrachtung der psychodynamischen Situation der Patienten läßt, besonders bei den psychisch bedingten oder mitbedingten Krankheiten, weitere den Zugang zu den wirklichen Krankheitsursachen verdeckende Momente deutlich werden. Gerade die gewichtigen Ursachen sind wegen ihrer psychodynamischen Brisanz ins Unbewußte verdrängt und dort durch Widerstände festgehalten, so daß sie dem Patienten auf direktes Befragen hin kaum zugänglich sein werden. Es besteht die Gefahr, daß die eigentlich ursächlichen Konflikte, z.B. aus der Kindheit, verborgen bleiben und daß in den Auskünften solche Ursachenvorstellungen im Vordergrund stehen, die psychodynamisch weniger wichtig sind, die aber für den Patienten mit seinem Bedürfnis nach Kausalzusammenhängen näher liegen, auch wenn sie nur auslösende oder pathoplastische Bedeutung haben.

Aus diesen Aspekten ergibt sich für das weitere Vorgehen:

- 1) Wenn beim Patienten Unsicherheit, Angst und ein gewisses Schuldgefühl vorhanden sind, so werden diese Gefühle den Zugang zu den Vorstellungen des Patienten über seine Krankheit und ihre Ursachen beeinträchtigen. Daher wird es wichtig sein, Angst zu nehmen, Vertrauen zu gewinnen, Assoziationen an autoritäre Konstellationen möglichst zu vermeiden, Vorsicht, Ungerichtetheit und Entspannung walten zu lassen.
- 2) Die erörterten Widerstände und verbergenden Momente bei der Beschäftigung mit den Ursachen psychischer Krankheit machen es wichtig, daß neben "harten" anamnestischen Daten solche Fragen untersucht werden wie: Einstellung und Haltung in der sozialen Umgebung, Charakterstruktur, Psychodynamik. Dazu müssen Gefühle und Stimmungen erfaßt werden, aus dem Patienten muß das sprechen, was ihn bewegt. Dies ist nicht gut möglich, wenn er lediglich auf Fragen antwortet.

TEIL B

Patienten und Methoden

Wie lassen sich die Vorstellungen psychiatrischer Patienten über die Ursache ihrer Krankheit sinnvoll untersuchen? Nahe-
liegend bei medizinischen Arbeiten ist heute die Forderung
nach Anwendung quantifizierender Methoden. BOCHNIK und LEGE-
WIE (1964) sagen in ihrer Arbeit über multifaktorielle kli-
nische Forschung, daß die Statistik heute in den Erfahrungs-
wissenschaften keine Frage des Prinzips, sondern des Niveaus
sei. - Diese Arbeit wendet dagegen keine statistischen Metho-
den an. Je tiefer in die Persönlichkeit des Patienten, sein
Lebensschicksal und seine Einstellung zur Krankheit und ihren
Ursachen eingedrungen wird, desto vielfältiger, bunter, un-
vorhersehbarer und unklassifizierbarer werden die Auskünfte.
Beschränkung auf statistisch bearbeitbare Größen ließe zwar
breitere Schichten erfassen, ginge aber auf Kosten der Tiefe
des Verständnisses.

Als Alternative bietet sich die ausführliche Beschäftigung
mit wenigen Kranken in einem ausführlichen Gespräch an, das
in Form von Fallstudien dargestellt wird. Nur ein möglichst
frei geführtes Gespräch erlaubt ein dynamisches Entwickeln
und Verstehen der Entwicklungsbedingungen einer Krankheit -
im Gegensatz zu der mehr statischen Sehweise, die sich bei
der statistischen Faktensummation einstellt. Entwicklungs-
geschichte einer Persönlichkeit, ihre Probleme, ihre gegen-
wärtige Erkrankung und ihre Einstellung dazu lassen sich
wohl nur mit einer Methode erfassen, die sehr plastisch ist,
d.h. formbar durch den Gang des Gespräches und die Entwick-
lung der dabei entstehenden Zweierbeziehung. Selbstverständ-
lich stellt sich bei einer Methode des freien Gespräches -
der genauere Ablauf und die Auswertung werden später be-
sprochen - die Frage der Objektivität. MYERS und ROBERTS
(1964) wenden gegen die Methode der Fallstudien ein, daß

dabei das Interesse auf die Einmaligkeit des Falles gerichtet werde und die Probleme des sampling gewöhnlich vernachlässigt würden. Auch seien die Schlüsse meist impressionistisch, auf die persönliche Meinung des Untersuchers gegründet und kaum reproduzierbar. Sicher kann eine Arbeit wie diese nicht im gleichen Sinne beweisend erscheinen wie eine naturwissenschaftliche Untersuchung, obwohl sich auch dabei das Problem der Interpretation stellt. Ist der Gegenstand einer psychiatrischen Arbeit die menschliche Psyche, ihre Störungen, ihr Selbstverständnis - und dies in Beziehung gesetzt zur umgebenden Gesellschaft -, so leuchtet ein, wie komplex die berührten Probleme sind.

Von Juli bis September 1970 wurden 30 Patienten der Neuro-psychiatrischen Universitätsklinik in Mainz, davon 15 Männer und 15 Frauen, untersucht. Ihr Alter erstreckte sich von 15 bis 75 Jahren. Die Patienten waren unausgelesen, regellos wechselnd wurden von 4 verschiedenen Stationen neuaufgenommene Patienten erfaßt, die in den ersten Tagen nach der Aufnahme noch weitgehend unbeeinflußt vom Klinikregiment und von einschneidender Therapie waren. Den Patienten wurde klargemacht, daß der Untersucher nicht zum Klinikpersonal gehörte, um auch hierdurch Assoziationen an die Klinikhierarchie gering zu halten. Das Krankenblatt mit klinischer Diagnose etc. wurde erst nach der Untersuchung eingeholt, um eine Beeinflussung des Untersuchers zu vermeiden.

Der wesentliche Teil der Untersuchung bestand aus einem psychodynamisch orientierten, möglichst frei geführten Gespräch. Ausgehend von einer Auffassung vom kranken Menschen, die ihn als Subjekt ansieht, habe ich mich um eine "client-centered" (BALINT, RODGERS) Methode der Annäherung an den Patienten bemüht, eine Methode, die frei, flexibel und aufnahmebereit dem Patienten zugewandt ist, willens, ihm die Initiative bei der Gestaltung des Verhältnisses zum Untersucher, die Darstellung und Akzentuierung seiner Krankheit zu erlauben, wie sie seinen Bedürfnissen, seiner Psycho-

dynamik entspricht. Natürlich kommt es auch bei wenig aktivem Verhalten des Untersuchers zu einer Strukturierung des Feldes zwischen ihm und dem Patienten. Insbesondere entwickelt sich bald ein Übertragungsverhältnis. Dies ist jedoch erwünscht als unerläßliche Voraussetzung, um zu psychodynamisch relevanten Quellen im Denken und Erleben des Patienten zu gelangen.

Das Gespräch fand in einem ruhigen, recht gemütlichen Raum statt, was von den Patienten, die meist in lauten Sälen sehr ungünstig untergebracht waren, als sehr angenehm empfunden wurde. Um die volle Aufmerksamkeit und bereitwillig stützend-animierende Zuwendung des Untersuchers als Gesprächspartner zu gewährleisten, wurde das Gespräch auf Tonband aufgenommen. Es erwies sich als günstig, daß der Untersucher sich unabgelenkt durch Schreibarbeiten auf den Patienten und den Blickkontakt konzentrieren konnte. In der Atmosphäre des Vertrauens und des mitfühlenden Aufgerobenseins wurden die Patienten aufgelockert. Oft war am Ende des Gespräches ein therapeutischer Effekt zu beobachten, sei es, daß eine depressive Stimmung aufgehellt war, ängstliche Gespanntheit sich gemildert hatte, oder auch, daß konversionsneurotische Patienten mit einer kurzfristigen Symptomverstärkung reagierten.

Die spezielle Gesprächstechnik war angelehnt an Grundsätze von MEERWEIN (1968), BALINT (1960) und LANGEN (1968), der die Methode des Gespräches mit ungerichteten Fragen angegeben hat. Um die ärztliche Induktion gering zu halten, begann das Gespräch - nach einem kleinen, erklärenden Satz über die Tonbandaufzeichnung, die kaum, höchstens für einige Minuten irritierte - mit einem ungerichteten "Nun, erzählen Sie doch mal!" In der Regel begannen die Patienten dann mit der Schilderung ihrer Krankheit oder auch ihrer Lebenssituation oder einer besonderen Problematik. Stockte der Redefluß, so genügte oft ein einfaches "Ja, und?" oder "Erzählen Sie doch weiter, bitte!" Je nachdem, in welche Richtung die Schilder-

rung des Patienten ging, wurden nach einiger Zeit neue Anstöße gegeben und so im lockeren Gespräch Informationen erarbeitet über die Krankheit, Ursachenvorstellungen, Familienleben, Konflikte, soziale Verhältnisse und Kindheit der Patienten. Je weiter das Gespräch fortschritt, umso gerichterter wurden natürlich die Fragen des Untersuchers. Dies war jedoch nicht von Schaden, da die freien Schilderungen ja schon auf dem Tonband fixiert waren. Außerdem fiel der Untersucher jedesmal wieder in die passiv aufnehmende Rolle zurück, wenn bei dem Patienten die Mitteilungen "in Fluß" kamen. Am Ende der durchschnittlich zweistündigen Gespräche wurden nochmals konkrete Fragen nach den Ursachenvorstellungen der Patienten gestellt. Bei manchen Patienten wurden diese Sitzungen mehrfach wiederholt, so daß Gesprächszeiten bis zu 6 Stunden zustande kamen. Es zeigte sich, daß in diesen psychodynamisch orientierten Gesprächen, in denen eine positive Übertragung gesucht und meist erreicht wurde (durch freundliche Atmosphäre, ruhige, gleichmäßige Zuwendung, gelegentliche Äußerung von Verstehen und Mitgefühl) weitgehende Informationen über die Patienten erhalten wurden. Sie gingen in der Regel über das hinaus, was im klinischen Betrieb erfahrbar ist.

Aber gerade weil die mit dem Tonband aufgenommenen und später abprotokollierten Gespräche konsequent nach gesprächsdynamischen Grundsätzen unter vorwiegendem Gewährenlassen der Patienten abliefen, mußte noch eine zweite, systematische Informationsquelle angewandt werden, um nicht wesentliche Dinge, die zur Entwicklung des Patienten und seiner Krankheit gehörten, zu übersehen. Hierzu diente ein 10seitiger Fragebogen, bei dem der Untersucher die Fragen stellte und die Antworten notierte. Die Fragen betrafen all die Bereiche, in denen Einflüsse und mögliche Ursachen für psychische Krankheiten gelegen sein konnten, so z.B.: Daten zur Person, Daten zur Familie und den Vorfahren, Entwicklung des Patienten, soziale Situation vor der Erkrankung, Familienleben, zur Erkrankung selbst u.v.a.m.

Beim Vergleich dieser als Kontrolle gedachten Fragebögen mit den Tonbandprotokollen stellte sich heraus, daß die Fragebögen kaum wesentlich neue Informationen brachten, weil die wichtigen Komplexe meist schon im vorangehenden Gespräch berührt worden waren. Schon hierdurch erhielt die Methode des psychodynamisch orientierten, frei geführten Gespräches eine gewisse Rechtfertigung.

Es braucht eigentlich nicht mehr betont zu werden, daß die Reihenfolge - erst das offene Gespräch, dann der kontrollierende Fragebogen - wichtig ist. Stünde der Fragenkatalog am Beginn des Kontaktes zum Patienten, so wäre das soziale Teilsystem Arzt-Patient sofort in stärkerem Maße nach den Rollenerwartungen im Sinne PARSONS' strukturiert. Durch die gewohnte zielgerichtete ärztliche Fragestellung stünden die gültigen Vorstellungen über Krankheit und Ätiologie in Medizin und Gesellschaft im Raum, unausgesprochen zwar, dennoch nicht ohne Wirkung auf die Ursachenvorstellungen der Patienten. Das freie Gespräch sollte versuchen, die dem gesellschaftlichen und dem medizinischen System immanenten Rollenerwartungen jedenfalls teilweise zu umgehen.

Die so geführten Untersuchungen brachten eine Fülle heterogener Einzeldaten, deren Auswertung zunächst schwierig erschien. Eine Herausarbeitung gemeinsamer Strukturen gelang erst durch Darstellung der Gesprächsergebnisse im Rahmen von Fallstudien unter Anwendung der Interpretation als Methode zum Verständnis psychopathologischer und psychodynamischer Phänomene, wie sie von PETERS (1973) eingehend dargestellt wurde.

TEIL C

Analyse der Untersuchungsergebnisse in Fallstudien

Das Erleben psychischer Krankheit und die seelischen und sozialen Konfliktbereiche, die ursächlich, auslösend oder ausgestaltend mit psychischer Krankheit verknüpft sind, erfüllen fast alle hier untersuchten Patienten mit intensiven Gefühlen von Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld. Hierin spiegelt sich das innerseelische, interpersonelle und soziale Spannungsfeld, in dem Krankheit entsteht. Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes lassen sich das Verhalten der Patienten, ihre Sicht der Krankheit und ihre Vorstellungen über die Ursachen der Krankheit verstehen.

Die genauere Analyse der Ursachenvorstellungen über psychische Krankheit ergibt, daß die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus ganz charakteristische Verhaltens- und Denkweisen entwickeln, die fast immer von den Gefühlen von Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld geprägt sind und den Versuch darstellen, die neue Situation als psychiatrischer Patient zu bewältigen. Bestimmte Verhaltens- und Denkweisen gegenüber psychischer Krankheit und Ursachenvorstellungen weisen gemeinsame Strukturen auf. Sie werden im folgenden in 5 Kapiteln analysiert. Die dabei herausgearbeiteten Denk- und Verhaltensweisen stehen im Dienste verschiedener Leistungen: der Abwehr, der Unterwerfung, der Anpassung, der Realitätsverkennung und der Auflehnung. Außerdem werden zweifür Selbstverständnis und Ursachenvorstellungen der Patienten wesentliche Punkte gesondert dargestellt: Diskriminierung psychischer Krankheit und die Tendenz zur Konfliktflucht.

1. Kapitel: Abwehr

Eine größere Gruppe von Patienten, deren Haltung von der Abwehr psychischer Krankheit und ihrer Ursachen gekennzeichnet ist, versucht die Tatsache psychischer Krankheit in der Bedeutung herabzuspielen oder zu leugnen. Diese Patienten wollen die Kenntnissnahme der seelischen und sozialen Konfliktbereiche mit besonderen Methoden vermeiden. Spezielle Denk- und Verhaltensweisen im Dienste der Abwehr psychischer Krankheit sind Ausblendung von Konflikten, Somatisierung der Erkrankung und ihrer Konfliktbereiche, Banalisierung mit Verharmlosen und Beschönigen.

Beispiel 1: Diese Patientin will den Gedanken, psychisch krank zu sein, nicht wahrhaben und blendet deshalb ihre psychischen Konflikte aus ihrem Bewußtsein aus. Stattdessen gibt sie ihrer Krankheit durch konsequentes Somatisieren eine Form, die sie weniger ängstigt und die gleichzeitig sozial angesehener ist.

Frau C. ist 30 Jahre alt, verheiratet und hat einen 1jährigen Sohn. Ihre äußere Erscheinung mit starkem Make-up, hochtoupiertem Haar, farbiger Kleidung und dramatischer Darstellung der Beschwerden läßt an hysterische Strukturen denken, ebenso die Natur ihrer Symptome. Neben mehrfachen stuporösen Zuständen leidet sie seit einem Jahr an Schwächeanfällen mit Ohnmacht und an heftigen, ängstlich erlebten Herzbeschwerden, für die eine organische Ursache nicht gefunden wurde.

Nach eingehenden internistischen Untersuchungen wird sie zur psychiatrischen Klinik überwiesen. Hier ist ihr Selbstverständnis gefärbt von Gefühlen der Minderwertigkeit und Schuld: "Ich fühle mich so klein gegen andere, so nix. Du bist nichts mehr wert!" Auf die Frage, weswegen sie hier sei, schildert sie ihre Herzbeschwerden. Den Ursachen ihrer Krankheit steht sie offenbar ratlos gegenüber: "Nein, das

kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, von was, und wieso, und so plötzlich." Ganz sicher ist für sie nur, daß ihre Krankheit nichts mit seelischen Dingen zu tun hat. Zum einen liegt dies daran, daß die Patientin sich der allgemeinen Diskriminierung psychischer Krankheit anschließt, indem sie psychisch Kranke als die "Doofen" bezeichnet und sich auf Station vorwiegend an solche Mitpatienten hält, die körperliche Krankheiten haben. Sie äußert auch: "Es wäre mir viel lieber, ich hätte einen Fuß gebrochen oder sowas." Doch nicht nur der Wunsch nach sozialer Geltung veranlaßt die Patientin zur Ablehnung psychischer Krankheit, es gibt auch innerpersönliche Motive dafür: "Das wäre ja furchtbar, wenn das seelisch wäre, da könnte man ja nichts machen." Seelische Krankheit hat also den Charakter des Aussichtslosen. Es gibt noch weitere Gründe für die Angst vor seelischen Zusammenhängen und ihrer Benennung: "Ist das seelisch, wenn man sich über alles ausspricht, was man denkt? Das kann ich nicht!" In dieser Ablehnung der Aussprache steckt eine Tendenz zum Verbergen, auch vor sich selbst. Der Widerwille, einen Bezug zwischen der Körperkrankheit und seelischen Störungen herzustellen, wird von der Patientin explizit geäußert: "Ich find', das will man nicht, sich über seelische Ursachen klarwerden."

Auf allgemeine Angebote seelischer Schwierigkeiten leistet die Patientin gegen den Gesprächspartner und gegen sich selbst eine Art inhaltenden Widerstandes: "Seelisch? Es gibt so viele seelische, aber was?" Werden die Angebote konkreter, insbesondere die Ehesituation betreffend, so erscheint zunächst eine geschlossene Abwehrfront: "In der Ehe? Da kann ich mich nicht beklagen, da ist doch alles in Ordnung, soweit." Die Nachbemerkung "soweit" läßt allerdings aufhorchen. Später, nachdem sich eine positive Übertragung eingestellt hat, wird das "soweit" mit Inhalt gefüllt. Die Patientin kann auch tabuierte, in Worten und Gedanken sonst gemiedene Bereiche besprechen, so das Verhältnis zu einem Freund vor der Ehe, an den sie emotional stärke-

ker gebunden ist als an den Ehemann, was sie mit Schuldgefühlen erfüllt: "Da denke ich jetzt noch immer dran. Das will man ja nicht. Das ist lang vorbei. (...) Ich mag diesen Gedanken nicht denken, das muß doch fertig sein!" Das "muß" kennzeichnet den aktiven Versuch der Patientin, diesen konflikthaften Bereich aus ihrem Denken auszublenden. Plastisch schildert sie eine geradezu vorsätzliche Ausblendung von Konfliktstoff aus ihren Gedanken: "Wenn ich an den ersten Mann denke, denke ich: 'Der Gedanke weg!' Und dann tu ich mich auf meine (Ehe) Mann richtig konzentrieren. Das muß dann weg, und das schaff ich auch. Das geht dann etliche Wochen gut. Dann denke ich einfach nicht mehr an das." Zwischen der unerwünschten Realität des Ehelebens und dem verbotenen, daher ausgeblendeten Wunschtraum vom ersten Mann besteht eine Spannung, die nur mit einem moralisch gebotenen Kraftakt mühsam ausgehalten wird: "Ich hab' meinen Mann immer abgelehnt, habe gedacht, ich mag den nicht, mag den anderen lieber. Und ich bild' mir jetzt ein - (dies ist eben moralisch geboten) - ich mag meinen Mann und der andere ist vergessen, aber trotzdem...." So ganz glückt die Ausblendung des Verbotenen eben nicht, auch nicht die Selbstüberredung, mit dem Ehemann glücklich zu sein. Die Lösung des Konfliktes allein mit psychischen Mechanismen bleibt unvollkommen.

Die Patientin empfindet den Panzer aufgezwungener Gefühls-haltungen, in dem sie durch ihr Ausblenden gehalten wird, als quälend: "Ich möcht", daß ich alles sagen könnte, alles, alles...." Dies wird weniger aus äußeren Gründen (Scham vor dem Arzt) als vielmehr durch innere Schranken unmöglich gemacht, wie diese Äußerung zeigt: "Ich hab Ihnen ja vieles erzählt, aber es sind so viele Dinge da, wo ich denke, die kann ich vor mir selbst nicht einmal sagen." Die Barriere, die durch das Ausblenden errichtet ist, kann nicht überwunden werden. Die Patientin hat zu große Angst vor den seelischen Konflikten, die sich hinter dieser Barriere verbergen: "Eine seelische Krankheit ist nicht zum Aushalten, da mache ich lieber Schluß!"

Die Patientin hat keinen Suizidversuch unternommen, vielmehr bewahrt sie ihre psychische Integrität, indem sie beharrlich weiterhin seelische Konflikte, die ursächlich für ihre Klinikaufnahme sind, ausblendet. Doch da auf diese Weise eine Bewältigung der psychischen Konflikte nicht vollständig gelingt, wird als zusätzliches Mittel Somatisierung angewandt, in diesem Fall durch Umwandlung psychischer Konflikte in eine Herzerkrankung. Solche Somatisierung wird umso notwendiger, je größer die Gefahr der Bewußtwerdung der ausgeblendeten Konflikte ist. Dies zeigt sich deutlich in der Gesprächssituation. So wie die Patientin in der Vergangenheit in kritischen Situationen, die an ihre Konflikte rührten, mit Pulsbeschleunigung reagierte, bekommt sie auch in der Klinik nach 4 der 5 Gespräche einen Herzangstanfall, den sie auf Station mit Beruhigungstropfen angeht. Auch hierin äußert sich, wie stark die affektive Panzerung der Patientin gegen alle Zumutungen von außen und innen ist, die ihre Krankheit und deren Ursachen mit lebensgeschichtlichen Konflikten in Verbindung bringen. Psychische Erregung muß wegen der Insuffizienz der psychischen Mechanismen zur Konfliktbewältigung ins Körperliche abgeleitet werden.

Als Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen erfahren wir bei dieser Patientin das Ausblenden von Konflikten und die konsequente Somatisierung psychischer Krankheit.

Mit solchen Abwehrstrategien soll den Gefühlen von Angst, Unsicherheit und Schuld begegnet werden, die mit dem Konfliktmaterial der psychischen Krankheit und den möglichen Ursachenvorstellungen verknüpft sind. Außerdem dienen die Denk- und Verhaltensweisen der Ausblendung und Somatisierung dazu, den labilen psychischen Gleichgewichtszustand zu sichern, der in der Krankheit - als primärer Krankheitsgewinn - erreicht wurde. Schließlich haben Ausblenden und Somatisieren noch die Aufgabe, die von der Patientin als sozial angesehenerempfundene Körperkrankheit gegenüber der diskriminierten psychischen Krankheit zu betonen.

Alle diese Funktionen werden erfüllt um den Preis der Verdeckung seelischer Ursachenbereiche der Krankheit.

Bahrend dafür wirkte übrigens auch die Übung der Medizin, sich vorwiegend, so auch bei dieser Patientin, um Blutdruck, Elektrokardiogramm und andere somatische Befunde zu kümmern. Ihre liebste Vorstellung über die Ursachen der Krankheit hat die Patientin denn auch von ihrem Hausarzt: Diphtherie sei die Ursache der Herzkrankheit.

Ein anderes Verhalten, um zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme mit der ängstigenden Realität psychischer Krankheit fertig zu werden, besteht in dem Versuch, die Krankheit und die zugrundeliegenden Konfliktbereiche zu banalisieren. Obwohl diese Patienten gerade den einschneidenden Akt einer Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus erlitten haben, wollen sie durch Banalisierung bei der Umgebung und bei sich selbst den Eindruck hervorrufen, alles sei doch nicht so schlimm, alles sei normal, einige Schwierigkeiten habe es zwar gegeben, aber es werde sich schon einrenken; auch der Klinikaufenthalt sei eigentlich nicht nötig. Zu diesem Verharmlosen der Krankheit - oft wird diese Bezeichnung gar nicht akzeptiert, stattdessen von Kurzschluß, Überlastung, Nervenzusammenbruch o.ä. gesprochen - und dem Banalisieren möglicher Konfliktthemen gehört auch eine vor sich selbst und anderen beschönigende Darstellung der gesamten Lebenssituation.

Beispiel 2: Ein 30jähriger Patient, der wegen "depressiver Zustände" und schweren Alkoholmißbrauchs in die Klinik gebracht wurde, meint: "Ich bin hier wegen Angstzustände und wegen dem Alkohol." Ob er krank sei? "Nein! Ich bin der Meinung, daß ich ganz fest davon loskomme. (...) Ja, das ging so los im Büro, mit den Kollegen hat man da angeboten bekommen, man hat sich praktisch als Mann gefühlt, man hat halt mitgetrunken, und so hat sich das praktisch gesteigert."

Ähnliches Herabspielen übt der Patient bei der Sicht seiner familiären Situation. Die Tendenz zum Beschönigen tritt immer wieder hervor. Mit den Eltern verstehe er sich ganz gut, in der Schule habe es keine Probleme gegeben, in der Ehe sei alles in Ordnung, seine Frau sei verständnisvoll. Diese Fassade der Konfliktlosigkeit, die er sich und anderen bietet, läßt das Trinken tatsächlich als eine lästige Gewohnheit erscheinen, ohne daß seelische Schwierigkeiten berücksichtigt werden müßten. Banalisieren und Beschönigen helfen, die Konflikte im Hintergrund zu halten. Die Entwicklung des Patienten verlief keineswegs ohne Probleme. Als Kind war er Stotterer und wurde deswegen in der Schule gehänselt. Besonders schwierig war das Verhältnis zum Vater. Charakteristischerweise beginnt die Schilderung auch hier wieder verharmlosend: "Das sind nicht so recht Schwierigkeiten. Er ist ein bißchen polterig." Später stellt sich heraus, daß der Vater den Patienten schwer geprügelt hat, dies auch noch zu einer Zeit, als der Patient, im gleichen Betrieb arbeitend, schon Vorgesetzter des Vaters war. In diesem Licht erhält auch die Äußerung: "Da (beim Trinken im Büro) hat man sich praktisch als Mann gefühlt." eine zusätzliche Bedeutung. Auch bei der Schilderung des ereignisarmen Ehelebens wird die Tendenz zum Banalisieren wieder deutlich: "Ich bin da sexuell nicht so groß veranlagt. Ich habe meinen sexuellen Verkehr mit meiner Frau wie jeder andere Mann auch. Das ist nicht so oft. Des öfteren ein Vierteljahr gar nicht. (...) Meine Frau ist glücklicherweise auch so veranlagt, daß sie sexuell keine größeren Ansprüche stellt." So gelingt es ihm sogar, mangelhafte sexuelle Potenz noch als glückliche Ergänzung darzustellen.

Banalisierung des Alkoholismus und seiner Konflikte sollen diesem Patienten helfen, sich über seine Schwierigkeiten hinwegzutäuschen und die psychischen Störungen möglichst vergessen machen. Auch diese Denk- und Verhaltensweise gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen enthält einen Zug zur Vermeidung bewußter Auseinandersetzung mit Konflikten als Abwehrhaltung gegenüber der psychischen Krankheit.

Andere Patienten üben in ähnlicher Weise Banalisieren, Beschönigen, Verharmlosen, wenn sie sich auf einmal als Patienten einer psychiatrischen Klinik finden.

Beispiel 3: Herr T., 39 Jahre alt, aufgenommen wegen eines Suizidversuches als Konfliktreaktion bei einem chronischen Ehekonflikt: "Eine Krankheit? Nein, nur nervöse Erschöpfung. Ich habe seit Monaten hart gearbeitet, viel Auto gefahren. Ich habe mich überanstrengt. Ich habe mich geradezu hineintaumeln lassen aus eigener Labilität. (...) Sich gehen lassen, ich habe mich einfach gehen lassen." Er möchte seine Krankheit auf die einfache Formel - viel Arbeit, labil, sich gehen lassen - bringen.

Beispiel 4: Herr L., 30 Jahre alt, ebenfalls nach einem Suizidversuch: "Es war eine Kurzschlußreaktion. Psychische Schwierigkeiten habe ich nicht mehr als jeder andere auch."

Beispiel 5: Herr J., 28 Jahre alt, bei dem von ärztlicher Seite der Verdacht auf Schizophrenia simplex besteht, kommt ebenfalls nach einem Suizidversuch, den er in mattem Tonfall, beiläufig und undramatisch - eben als banalen Vorgang - schildert: "Am Nachmittag habe ich gedacht, ich will mal ein paar Tabletten nehmen, ein bißchen schlafen, und dann habe ich eine ganze Menge genommen. (...) Da habe ich gedacht, vielleicht ist es besser, wenn man mal ein paar Tabletten schluckt." Nachdem er einige Schwierigkeiten aus seinem Leben geschildert hat, will er offenbar gleich wieder abschwächen: "Na ja, so leicht ist das nicht. Aber so schwer ist das auch nicht. Das lag auch alles an der Umgebung." Offensichtlich sollen ihm die banalen Allgemeinplätze zur Entschärfung seiner psychischen Situation durch Beschönigen und Harmonisieren dienen.

Bei Herrn J. finden wir noch ein zweites Mittel zum Ablenken von seinen psychischen Schwierigkeiten, das dem bei Frau C. (Beispiel 1) geschilderten Somatisieren von Konflikten ähnelt.

Herr J. findet eine Gelegenheit, seine Selbstunsicherheit in einer eigentlich belanglosen Nebensächlichkeit zu verkörpern. Eine winzige, 2 mm kleine Narbe an der Nase (nach einer Septum-Korrektur) wird für ihn Kristallisationspunkt seiner Schwierigkeiten: "Ich hatte eine kleine Operation an der Nase. Das hat mich furchtbar geärgert. (...) Das ist mir furchtbar nahegetreten. Das hat maßgeblich zu meinem Schritt beigetragen." Sogar der Suizidversuch wird damit begründet: "Wenn das nicht gewesen wäre, hätte ich nicht soviel Ärger gehabt, hätte auch kaum Selbstmord gemacht, obwohl das lächerlich klingt. Es hat mich so mitgenommen." Während die eigentlichen Probleme des Patienten in jahrelangen Kontaktstörungen und einer konfliktreichen Mutterbeziehung liegen, gibt das eigentümliche Nasensymptom ihm Gelegenheit, seine psychischen Schwierigkeiten aus dem sozialen, mitmenschlichen Bereich herauszulagern in die Körperlichkeit. Auch dies ist - wie das vorher beschriebene Banalisieren - eine Form des Abwehrens und Ausweichens vor der Realität psychischer Krankheit.

Auch die folgende Patientin kann ihre psychische Krankheit aus Angst nicht akzeptieren. Vielmehr versucht sie, die Krankheit zu leugnen und die möglichen Ursachen zu banalisieren und so zu entschärfen, daß sie ihren bedrohlichen Charakter verlieren. Der bedrohliche Charakter der Krankheit und ihrer Ursachen ist in diesem Fall von innen und außen determiniert: im Individuum wirken ängstigende neurotische Mechanismen, von außen drohen die sozialen Folgen von Geisteskrankheit in Form beruflicher Nachteile.

Beispiel 6: Frau L. ist eine 30jährige Patientin, die in einem psychotischen Erregungszustand bei fraglichem Suizidversuch aufgenommen wurde. Zunächst wurde paranoide Schizophrenie vermutet. Sie hat seit Jahren beruflichen Kontakt zu einem Psychologen, der bei ihr einen Fall von Hysterie vermutet. Sie arbeitet als Leiterin eines Heimes für gei-

stig behinderte Kinder und opfert sich dort über alle Maßen auf.

Im ersten Gespräch ist sie ängstlich erregt und beeinträchtigt von optischen und akustischen Sinnestäuschungen. Diese sowie sämtliche Äußerungen der Patientin kreisen ständig um ihr Heim, die Kinder, in Andeutungen auch um den Psychologen. Über ihren Zustand, den sie nicht als Krankheit anerkennt, spricht sie nur widerwillig, sie ist dabei mißtrauisch und lenkt von sich ab. Dagegen ist sie von ihrer Berufswelt, dem Heim, kaum abzubringen und berichtet davon mit großer Energie, darin Halt suchend und ankämpfend gegen den quälenden Druck von Angst und Emotion, in den die Krankheit und die wahnhaft erlebte Klinikatmosphäre (sie glaubt, sie solle hier umgebracht werden) sie gestürzt haben. Gefragt, warum sie hier sei, schildert sie hundert Dinge, die in den letzten Tagen an äußeren Arbeitsbelastungen auf sie eingestürzt seien. Hiermit will sie dem Untersucher und sich selbst die Berechtigung ihres "Zusammenbruchs" - keine psychische Krankheit - beweisen: "Ich weiß nicht, ob ich krank bin, ich weiß nur, daß ich überarbeitet bin." So versucht sie, ihren Zustand zu verharmlosen. "Das (was sie an Einzelheiten erzählt hatte) ist ja alles nicht so wichtig; ich erzähle Ihnen das nur, damit Sie sehen, daß ich einen Grund habe, so zu sein." Sie ringt darum, ihren Zustand als normale Reaktion erscheinen zu lassen. Die Frage nach der Ursache des Zustandes beantwortet sie ausweichend, verharmlosend, banalisierend: "Das weiß ich nicht. Ich weiß nur, daß ich überarbeitet bin. (...) Ich will Ihnen erklären, es war ein Nervenzusammenbruch. (...) Ich will Ihnen ja bloß begreiflich machen, daß es Überarbeitung war."

Mit diesen Versuchen, ihr Verhalten aus den Belastungen des Alltags heraus zu erklären und die Befürchtung einer psychischen Krankheit zu zerstreuen, gibt die Patientin zu erkennen, wie groß ihre Angst vor Geisteskrankheit ist. Diese Angst ist zweifach motiviert: 1) Zum einen befürchtet sie soziale Folgen: "Ich bin Jugendleiterin, das kann ich doch

nicht sein, wenn ich verrückt bin. Wenn das so rumgegangen ist, dann habe ich keine Möglichkeit mehr, ins Kinderheim zu gehen. Mein Gott, um das geht's doch die ganze Zeit." Man sieht, hinter den obigen Versuchen der Banalerklärung (Überlastung) steht eine Realangst - "Ich habe Angst, zu denken, weil ich denke, daß ich es laut sagen könnte." -, eine Angst vor dem Offenbarwerden der Krankheit.

2) Die Angst vor der Geisteskrankheit ist jedoch nicht nur motiviert durch die Angst vor den äußeren, sozialen Folgen. Auch das innere psychische Gleichgewicht ist bei der Patientin besonders eng von der Bedrohung der Berufswelt betroffen: "Es ist nicht ganz leicht, in meinem Alter ledig zu sein. Das Hauptproblem ist, ich werde nicht damit fertig, daß ich nie ein Kind bekomme. (...) Die Kinder (im Heim) sind für mich da, sie helfen einem, und wenn ich ihnen helfen kann, vergeß' ich meine Sorgen. Dafür muß ich in meinen Beruf." Die Berufswelt hat für sie, wie im Gespräch deutlich wird, eine besondere psychodynamische Bedeutung, insbesondere deckt die Untersuchung ihrer altruistischen Aufopferung für die Kinder auf, daß ihr Altruismus der Befriedigung wichtiger eigener Bedürfnisse dient. (Eine genauere Analyse dieser Funktion des Altruismus gibt A.FREUD, 1936.) Sie, die ihre eigene Kindheit als maßlos hart und ihre Eltern als lieblos empfindet, identifiziert sich mit den geschädigten Heimkindern und läßt ihnen all die Liebe zukommen, die sie selbst als Kind entbehrte. Sie projiziert sich in die Mutterrolle und agiert eine Idealmutter, so die verhaßte eigene Mutter deklassierend. Der Psychologe des Heimes gerät bei dieser Konstellation in die Vaterrolle und gleichzeitig in die des Ehemannes. "Ich bin nicht mit ihm verheiratet!" betont die Patientin einmal mit unbewußtem Gespür für die oedipalen Anklänge.

In dieser Situation bedeutet die Geisteskrankheit nicht nur eine Bedrohung der äußeren beruflichen Stellung, sondern vor allem gefährdet sie all diejenigen inneren, neurotischen Strebungen, mit denen die Patientin in ihre Berufswelt eingeflochten ist. Intrapsychisch motivierte, neurosenpsycholo-

gisch auflösbare Ängste und äußere, sozial bedingte Befürchtungen ergänzen sich bei dieser Frau beim Ausbruch ihrer Geisteskrankheit. Diese Ängste bestimmen ihre Denk- und Verhaltensweisen bei den Ursachenvorstellungen über ihren Zustand. Ihr Weg, mit diesen Ängsten fertig zu werden, ist der Versuch der Leugnung oder zumindest Banalisierung der Krankheit und ihrer Ursachen.

2.Kapitel: Unterwerfung

Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld sind die Gefühle, die für Patienten der ersten Gruppe mit der psychischen Krankheit und ihren Ursachen verbunden sind. Diesen Gefühlen versuchen sie zu begegnen mit der Abwehrmethode des Leugnens oder Nicht-wahr-haben-Wollens psychischer Krankheit und mit Somatisieren, Banalisieren und Ausblenden zugrundeliegender Konflikte.

Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld empfinden die Patienten in der folgenden Gruppe in noch stärkerem Ausmaß. In ihrer Umgebung und in ihrem Selbstverständnis sind sie in einer so schwachen Position, daß sie die Kraft zu einer Abwehrhaltung gegen psychische Krankheit und ihre Ursachen nicht aufbringen. Vielmehr zeigen diese Patienten Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen, die aus Einfügen in die Vorstellungen der Umwelt und Selbstbeschuldigung bestehen. Dies erscheint als Unterwerfungshaltung.

Interpersonelle Schwierigkeiten, Konflikte und Probleme, die mit der Erkrankung verknüpft sind, werden dabei als individuelles, schuldhaftes Versagen erlebt. Dieses wird als Ursache der Krankheit angesehen und die Krankheit als gerechte Strafe getragen. Oft fügt wahnhaftes Erleben sich in solche Zusammenhänge ein.

Als charakteristische Denk- und Verhaltensweisen bei solcher Unterwerfungshaltung werden Internalisieren von Schuldvorwürfen und Individualisieren interpersoneller Konflikte dargestellt.

Als Motiv für solche Haltung tritt uns immer wieder die Angst des erkrankten Individuums entgegen und seine Unfähigkeit zur Behauptung im sozialen Spannungsfeld. Stattdessen erfolgt Übernahme des Versagens und Eintauchen in Krankheit.

Beispiel 7: Herr X. ist 21 Jahre alt und wurde aus der Grundausbildung der Bundeswehr entlassen, weil er dort ängstlich-paranoide Beeinträchtigungserlebnisse hatte. Seine Sicht des Einweisungsgrundes in die Klinik beleuchtet schon sein Selbstverständnis als einer, der gefehlt hat und sich eigentlich fügen sollte. Nach einem Streit brachte der Vater ihn in die Klinik. Dies drückt der Sohn so aus: "Ich habe nicht richtig pariert." Mit der Schilderung seiner Krankheit benennt der Patient auch gleich seine Vorstellungen über die Ursachen: "Ich werde mit ein paar Sachen nicht fertig, weil ich denke, die anderen wissen alles, daß ich Dreck am Stecken habe." Auch hier Selbstbeschuldigung: er hat nicht pariert, und er hat Dreck am Stecken. Dieser Ausdruck hat noch eine übertragene Bedeutung, in der die Schuldgefühle, die mit der Krankheit verknüpft sind, klarer werden: "Ich muß zugeben, ich war schon lange Selbstbefriediger. Das darf man nicht. (...) Das kann sich so auswirken, wie es mir jetzt geht." Ursache seines seelischen Zustandes, der ihn ins Krankenhaus führte, sind also moralische Verfehlungen, für die er jetzt bestraft wird. In seiner Sicht kommen zu den aktuellen Verfehlungen noch Wesenseigenschaften als ursächlich hinzu: "Ich leide immer unter dem Komplex, daß ich noch nicht richtig reif bin. Ich habe immer geglaubt, die anderen sind gescheiter. Ich habe das Selbstvertrauen verloren." Bis hierher sehen wir, wie das Selbstverständnis des Patienten von Schwäche, Minderwertigkeit und Schuldge-

fühl geprägt ist und die Krankheit als Folge davon angesehen wird. Versucht man, etwas zur Genese dieser Einstellung zur Krankheit und ihren Ursachen zu erfahren, so hört man, daß der Patient als Nachkömmling von der Mutter sehr verwöhnt wurde. Der Vater übte dagegen starken Leistungsdruck aus, so daß der eher unterdurchschnittlich begabte Patient unter großen Schwierigkeiten auf dem Gymnasium zur mittleren Reife gebracht wurde. Die strengen Forderungen des Vaters wurden von ängstlicher Liebe der Mutter ergänzt: "Sie zittert immer mit, wenn was ist." So mag sich bei dem Nachgeborenen, auf den sich Liebe und Überforderung im Übermaß häuften, eine selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung ergeben haben. In der Belastungssituation der Bundeswehrgrundausbildung dekompenziert er und erstmals treten sensitive, schuldbe- wußte Realitätsmißdeutungen auf: "Die Kameraden haben mir nachgeforscht. Die haben überall ihre Beziehungen."

Der fordernden Umwelt gegenüber war er nie zu Selbstbesin- nung und Selbstbehauptung gekommen. Overprotection der Mut- ter und Leistungsanforderungen von Vater, Lehrer und Ausbil- der fanden ihn immer nur als hilfloses Objekt. In seiner Selbstunsicherheit bleibt ihm nur braves Sich-fügen, soweit es in seinen schwachen Kräften steht.

In dieser Konstellation erscheint es folgerichtig, daß er, der es gelernt hat, die Ursachen aller auftretenden Schwierigkeiten bei sich selbst zu sehen, so auch mit seiner psy- chischen Krankheit verfährt und ihre Ursachen ebenfalls bei sich selbst sucht. Sensitiv verknüpft er Scham über eigenes Fehlverhalten (Onanie) mit der Kritik der Umwelt zu immer neuer Selbstbeschuldigung, die dann neue Schwäche und wei- teres Versagen erzeugt: "Ich habe das Selbstvertrauen ver- loren," kennzeichnet er das Ergebnis dieses Prozesses. "Durch die Bundeswehr wurde das aufgefrischt. Das ist ja reine Hodenzeigerei. Da sieht jeder den anderen, was der so kann." (In der "Hodenzeigerei" klingen beide mit Schuld und Versagen belasteten Bereiche an, Sexualität und Lei- stung.) Dieser Zirkel von Schwäche, Selbstbeschuldigung

und Versagen lähmt ihn immer mehr und führt in Krankheit.

Herr X. ist ein Beispiel dafür, wie das Bedingungsgefüge aus Anforderungen der Umwelt als sozialer Faktor und Selbstunsicherheit als persönlicher Faktor ein Individuum dahin führt, daß es alle Schwierigkeiten auf das eigene Schuldkonto lädt. Dies bestimmt die Vorstellungen über die Krankheitsursachen. Herr X. ist zu schwach, um soziale Konflikte durchzustehen, z.B. sich gegen Vater oder Ausbilder zu wehren. Stattdessen unterwirft er sich allen Forderungen und verarbeitet sein Versagen durch Internalisierung von Schuld. Sie läßt dann die Krankheit zur gerechten Strafe werden, ihre Ursachen liegen im Individuum.

Internalisierung als Form der Unterwerfung eines schwachen, in Krankheit geratenen Individuums unter eine fordernde und tadelnde Umwelt finden wir auch bei der folgenden Patientin, hier in emotional heftigerer Form. Ihr Verhalten führt dazu, daß eine soziale Konfliktsituation als Folge des Fehlverhaltens lediglich des kranken Individuums erscheint, während die Umgebung entlastet wird. Dieses Phänomen läßt sich als Individualisierung von Konflikten in der Krankheit bezeichnen. Sie ist eine Leistung der Umwelt und des Patienten. Für diesen bedeutet solche Denk- und Verhaltensweise eine spezielle Form ängstlicher Unterwerfung.

Beispiel 8: Frau N. ist 23 Jahre alt und seit 2 Jahren mit einem Jurastudenten verheiratet. Die Ehe wurde nach Eintreten einer Schwangerschaft geschlossen. Die Patientin wurde in einem hochgradigen ängstlichen Erregungszustand eingeliefert, der als Emotionspsychose (i.S. von STÖRRING, SUCHENWIRTH und VÖLKEL) aufgefaßt wurde. Auf Station tritt sie als kleines, mitleiderregendes Persönchen in Erscheinung, büßende Sünderin schon im äußeren Habitus, mit zerquältem Gesicht und großen, verweinten Augen. Sie bricht schier zusammen unter einer Last von Selbstanklagen. Diese stellen sich bei näherer Betrachtung heraus als Summe der internalisierten Vorwürfe der

Umgebung gegen eine junge, unreife und von der spannungsreichen Familiensituation überforderte Ehefrau. Ganz im Gegensatz zu den Patienten der ersten Gruppe, die ihre Krankheit abwehren oder banalisieren, fühlt sie sich nicht nur krank, sondern verbindet damit auch eine moralische Verurteilung. Deutlich formuliert sie die Verknüpfung von Krankheit und Schuld: "Ich bin bestimmt noch mehr als krank. Ich habe Angst davor, daß ich mich schuldig gemacht habe." Auf die Frage nach den Ursachen bekräftigt sie ihr Schuldgefühl: "Ich glaub', daß ich es so verdient hab! (...) Weil ich Egoist bin, sicher. (...) Die Ursache seh' ich in allem, wie ich mich benommen habe, daß ich mich nicht bessern konnte." Dann spricht sie mehr zu sich selbst in abgehackten Sätzen, die zusammenhanglos erscheinen, die sich aber bei näherer Betrachtung als frei flottierende Selbstanklagen herausstellen. "Wir spielen alle Theater vor." Damit meint sie, daß sie hier Theater macht, einen Auftritt hat, Zuwendung erzwingt, wie es ihr oft zu Hause vorgeworfen wurde. "Es gehen sovieler drauf." Die Schuld dafür schiebt sie sich zu; auch bei anderen Gelegenheiten glaubt sie, anderen zu schaden, s.u. "Ich will immer jemanden um mich herum haben, nie allein sein." Dies korrespondiert mit dem Theaterspielen. An anderer Stelle bezeichnet sie sich als "gemein, weil ich der Mittelpunkt sein will." "Draußen schreit meine Mutter rum." Sie glaubt, sich so an der Mutter versündigt zu haben, daß sie schreit. "Erlösen Sie doch meine Mutter!", bittet sie an anderer Stelle voller Verzweiflung über das, was sie ihr angetan hat. "Ich müßte doch schreien nach meinem Kind!", flüstert sie leise und drückt damit aus, daß sie dem Kind gegenüber eine schlechtere Mutter ist als ihre eigene Mutter, die nach ihr schreit. Die Patientin glaubt, keine richtige Mutterliebe zu besitzen. An anderer Stelle sagt sie flehend: "Aber ich muß doch mein Kind gern haben, oder, ich hab's doch gern, nicht Herr Doktor?" Alle diese Äußerungen, so beziehungslos sie auch zunächst erschienen, zeugen bei einer Interpretation im Zusammenhang mit anderen Aussagen der Patientin von Schuld und Angst. Die Patientin hält sich

für einen schlechten Menschen, der gesündigt hat und in Form der Krankheit die gerechte Strafe erhält. "Ich glaub', daß ich es so verdient hab'." Innerhalb dieses allgemeinen Schuldgefühls werden Umwelteindrücke wahnhaft zur Selbstbelastung umgedeutet. So wird die Stimme auf dem Flur der Mutter zugeschrieben ("Draußen schreit meine Mutter.") oder, als der Untersucher den Kopf in die Hand stützt, erschrickt sie und will den Raum verlassen: "Ich gehe. Sie sind fix und fertig. Ich mache alle verrückt hier." Später schildert sie eine Reihe von Schwierigkeiten, in denen sie lebt und die mit ihrer Erkrankung zusammenhängen: "Meiner Meinung nach kommt es durch die Wohnverhältnisse. Und auch, daß mein Mann öfters wegbleibt." (Er steht im Examen.) Die Wohnverhältnisse sind tatsächlich äußerst ungünstig. Die junge, 3-köpfige Familie bewohnt in einem Haus, in dem auch die Eltern und Großeltern des Mannes leben, ein Zimmer, das nur durch das Wohnzimmer der Großeltern zu erreichen ist. Hierunter leidet die Patientin sehr: "Es wäre besser gewesen, ich hätte auch mal was für mich gehabt. (...) Wir mußten immer durch das Zimmer der Großeltern. (...) Das hat mich auch gestört, aber das war doch undankbar von mir." Plastisch haben wir die eingeengte Situation in räumlicher und emotionaler Beziehung vor uns. Die Patientin lebt mit Kleinkind und Ehemann in einem Zimmer und ist ständig umgeben von der Familie des Mannes und damit gleichzeitig von einer Atmosphäre emotionaler Anspannung und Ablehnung. Denn abgelehnt wird sie von dieser Familie, weil die Karriere des Mannes durch die Muß-Heirat während des Studiums gefährdet wurde. Die Patientin schließt sich dieser Beurteilung an: "Ich hab' ihm ja praktisch das Leben versaut," sagt sie, obwohl durchaus strittig sein könnte, wer wem mehr geschadet hat. Die Patientin ist jedoch allzu bereit, die Schuld auf sich zu nehmen. Auch an der Schlußwendung von der Undankbarkeit wegen der Wohnung ("Aber das war doch undankbar von mir.") merken wir, wie die Patientin Probleme in einer Weise betrachtet, die für sie selbst Schuld erzeugt. Diese Neigung, auftretende Schwierigkeiten (an denen doch eigentlich viele Personen beteiligt

sind) mit persönlicher Schuld zu verknüpfen, finden wir bei der Patientin immer wieder. Auch die Sicht ihrer Krankheit wird davon bestimmt: "Ich bin bestimmt noch mehr als krank. Ich habe Angst, daß ich mich schuldig gemacht habe."

Eine wichtige Quelle für das Schuldgefühl ist der Anspruch der Patientin an sich selbst, sich normal zu verhalten. Damit meint sie, sich so anzupassen, daß keine sozialen Konflikte entstehen. Gelingt es ihr nicht, diesen Anspruch von Normalität und Anpassung zu erfüllen, so kommen wieder Schuldgefühl und Verzweiflung: "Ich bin nicht normal krank, ich bin nicht zu retten. (...) Normal heißt doch, daß man sich überall einordnen kann. (!)(...) Ach, ich bin ja irr'!" (Erstaunlich deutlich formuliert die Patientin aus innerer Not heraus das, was gegenwärtig in der Kritik unserer Gesellschaft behauptet wird: Nur wer sich anpaßt, ist normal. Wer sich nicht einordnet, wird als irre bezeichnet.) Auch ihre Schwierigkeiten in der Familie sind ihr ein Beweis für eigene Anomalität und Krankheit: "Sehen Sie, eine normale Frau würde sich freuen, wenn ihr Mann kommt. Ich hab' halt Angst vor meinem Mann. Ich bin nicht normal. Eine normale Frau freut sich über ihr Kind." Dabei sind Angst vor dem Ehemann und mangelnde Freude über das Kind aus der Lebenssituation der Patientin verständlich, stand doch die Schwangerschaft am Beginn der sozialen Verwicklungen. Sie kann sich nicht über das Kind freuen, weil die unglückliche Ehe und die mißliche Wohnungssituation Folgen davon sind. Die Angst vor dem Mann rührt auch daher, daß er ihr geistig überlegen ist, daß seine Familie sie ablehnt und daß er zu seiner Familie hält. Ihre Gefühle sind also eigentlich einfühlbar, werden aber von ihr als Krankheit gewertet. Sie sagt: "Wohlgefühlt habe ich mich nie" (in der Familie des Mannes), aber gleich kommt wieder der selbstanschuldigende Nachsatz: "Ich war wohl zu eitel."

In ihrer Schwäche sucht die Patientin ihr Heil in Unterordnung. Auf die Frage, was in ihrem Leben hätte anders laufen

sollen, antwortet sie: "Daß ich mich eben mehr anpasse." Lebenssituation und Krankheit machen ihr Angst, als Ausweg sieht sie nur Unterwerfung: "Ich hab' vor allem Angst hier. Sagen Sie mir doch, was ich hab'. Danach richte ich mich dann." Auch vorher hatte sie ja schon im Zusammenhang mit ihrer "Anomalität" sich vorgeworfen, sich nicht einordnen zu können.

Die sozialen Schwierigkeiten und Konflikte sind mit so intensiven Gefühlen von Angst, Schuld und Versündigung verbunden, daß die freiwerdenden Emotionen die Patientin in einen ängstlichen Erregungssturm treiben, der in der Klinik zur Fixierung im Bett führt. Sie tobt und schreit: "Ich hab' soviel Schuld auf mich geladen, das kann man nie mehr gutmachen. Geben Sie mir doch eine Spritze, daß ich fort bin." Die Selbstanklagen führen bis zum Todeswunsch; die Selbstbestrafungstendenz wegen ihrer Schlechtigkeit wird in der Erregung deutlich ausgesprochen: "Würden Sie mich mal hauen, jedenfalls auf die Backe, damit ich weiß, wie brutal ich bin." Im wahnhaften Erleben, das sich in den Erregungssturm mischt, wird klar, wie ihre Selbstanklagen als Internalisierungen aus der vorwurfsvollen Umwelt entstanden sind: "(...) im Bett kriege ich Träume. (Die Vorwürfe nehmen jetzt personifizierte Form an:) Dann seh' ich meinen Vater, meine Mutter, wie die angeschlichen kommen, kaum mehr laufen können." (Dies natürlich ihretwegen. Ihr Schuldgefühl führt in ihren Gedanken zu einer Generalisierung der Folgen ihrer Sünden, alle werden mit beeinträchtigt.) "Die schütteln alle nur den Kopf. Wie kann man nur mit 23 Jahren so etwas machen. Ich habe mich doch nicht richtig benommen. (...) Ich seh' meine Mutter und meine Verwandten draußen stehen. Die kommen gleich hereingekrochen. (...) Ich hab' eine Angst, eine Angst, die ist ganz furchtbar. Meine Mutter, ich seh' sie dauernd."

Es ist gut vorstellbar, wie die Familie sich bei allen Schwierigkeiten, die die überstürzte Ehe erzeugt hat, in dieser

Schuldverteilung stabilisiert. Die Patientin als schwächstes Glied dekompenziert in die Krankheit und lädt die Schuld für alle im sozialen Raum entstandenen Schwierigkeiten auf sich. ("Weil ich undankbar bin."; "Weil ich egoistisch bin."; "Weil ich eitel bin."; "Ich hab' ihm ja praktisch das Leben versaut.") Die Eltern und Großeltern des Mannes, von jeher gegen die Ehe, fühlen sich bestätigt, der Ehemann erwägt bereits die Scheidung, die Patientin ist bereit, sich allem zu fügen. Unterlegenheit der psychisch Kranken führt hier zu emotionsreicher Internalisierung von Schuld und zur Individualisierung einer ursprünglich interpersonalen Spannungssituation. Beides sind Denk- und Verhaltensweisen der Unterwerfung des Schwachen unter die Starken. Folge solchen von Angst diktierten Umganges mit der Krankheit und ihren Ursachen ist die Belastung des erkrankten Individuums und die Entlastung der Umwelt.

Wenn internalisierte Umweltkritik als Schuld im Wahnerleben auftaucht - bei der vorigen Patientin traten Anklagen in personifizierter Form auf, beim folgenden in Stimmen -, so erfüllt dies den Kranken mit besonders großer Angst. Am folgenden Patienten wird deutlich, daß die Kranken gegen die internalisierten Vorwürfe, die oft soziales Versagen betreffen, eine besondere Hilfe benötigen, um die ängstlich-hilflose Auslieferung an die Krankheit zu mildern. Ein Einstieg für diese Hilfe können die Ursachenvorstellungen des Patienten sein.

Beispiel 9: Herr K. ist ein 38jähriger Patient, der seit 5 Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie leidet. In seiner Jugend war er offenbar ein fleißiger Arbeiter im Steinbruch und betrieb nebenher eine kleine Landwirtschaft. Mit 33 Jahren kam er in Schwierigkeiten. Er hatte Land hinzugepachtet und: "(...) das hat nicht hingehauen, ich hab' nicht genügend geschafft." Das Motiv persönlichen Versagens klingt hier schon an. Plötzlich trat etwas Neues ein: "Ich hatte einen totalen Nervenzusammenbruch, war ganz

durcheinander, war ganz irr. Ich wußte nicht, was ich machen sollte. Das kam einfach so. Ich hab' gearbeitet, und da hat es angefangen. Stimmen hab' ich da gehört. (...) Und dann dies Angstgefühl, die furchtbare Angst. Du wirst beschimpft: 'Du taugst nichts! Du willst nicht mehr arbeiten! Du bist nichts!'" Der Krankheitsausbruch bedeutete also Angst, Ratlosigkeit und Anschuldigungen in Form von Stimmen wegen Versagens in der Arbeitswelt. Auch seinen gegenwärtigen Zustand sieht er unter dem Leitmotiv der Arbeit: "Ich hab', ich bin, innerliche Unruhe, Unlust, Unruhe, keine Arbeitslust, Unwille. Sagen wir, ich fang' was an zu arbeiten, plötzlich hört es auf, ich hab' keine Lust mehr." Seine Krankheit reduziert sich in seinen Augen auf die wesentliche Frage, ob er arbeiten kann: "Ja, was heißt krank? Ich kann nicht direkt arbeiten, das ist es." (Erstaunlich deutlich formuliert auch dieser Patient mit seiner Gleichsetzung von Arbeitsunfähigkeit und Krankheit ein Stück Gesellschaftskritik: wer nicht mehr arbeiten kann, ist nichts mehr wert, gilt nichts mehr. ("Du willst nicht mehr arbeiten! Du bist nichts!") Existenz wird auf Arbeit verkürzt.)

Der Einbruch tadelnder Stimmen in sein Leben hat ihn damals so verwirrt, daß er in panischer Furcht in den Wald lief und sich dort im Dunkeln verbarg. Zu den Menschen hatte er in dieser Situation kein Zutrauen. Beinahe möchte man sagen, zu recht, denn diese haben ihn später lediglich mit Heilkrämpfen und Neuroleptika behandelt, ohne die möglicherweise pathoplastischen Lebensumstände zu berücksichtigen oder die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und ihren Ursachen mit ihm zu besprechen. Folglich blieb diese Einstellung weiterhin von den anfangs damit verknüpften wahnhaften Vorwürfen bestimmt. Die eigentliche paranoide Symptomatik blieb unangegangen und der Patient empfindet weiterhin Unsicherheit und Angst auf dem Gebiet des Arbeitslebens. Der ärztliche Apparat und die Sozialversicherung verstärken diese ungünstige Situation. Bezeichnenderweise gilt der Krankenhausaufenthalt des Patienten nicht der Besserung seines

Befindens, sondern er wurde zur Begutachtung der Frage der Aussteuerung hergeschickt. Diese erfüllt ihn mit zusätzlichen Sorgen, und so kreisen seine Gedanken über die Krankheit und ihre Ursachen weiterhin um sein Versagen in der Arbeitswelt, ohne daß er von den Ärzten Fürsorge durch Lindern seiner Ängste erfährt. Dabei wäre vorstellbar, daß durch eine Beschäftigung mit der sozialen Situation des Patienten seine Krankheit, die so sehr in den Themenkreis der Arbeit verwoben ist, eine weniger ängstliche Ausprägung erfährt. Vielleicht könnte das Feld der Persönlichkeit, das von der Krankheit okkupiert ist, so verkleinert werden.

Dies scheitert am Desinteresse dafür, wie der Patient die Krankheit und ihre Ursachen in seiner Vorstellung erlebt. Die sozialen Sanktionen für Arbeitsunfähigkeit verschlimmern die ängstlich-hilflos-ratlose Auslieferung an die Krankheit. Es bleibt bei der Internalisierung der umweltgeprägten Vorwürfe für soziales Versagen, wie der Wahn sie in sein Leben eingeführt hat.

Noch einmal soll gezeigt werden, wie im wahnhaften Erleben wie durch ein Sprachrohr die Umweltkritik erscheint, die in der Krankheit internalisiert wird. Diese Patientin unterwirft sich in der Beurteilung ihrer Lebenssituation ebenfalls den Vorstellungen ihrer Umgebung. Aus der vorigen Beschreibung wird die Vermutung aufgegriffen, daß die Beschäftigung mit der Sicht des Patienten von der Krankheit und ihren Ursachen eine günstige, das ängstigende Krankheitsfeld verkleinernde Wirkung haben kann. Diesmal wird der Ansatz einer kathartischen Wirkung deutlich.

Beispiel 10: Frau T. ist 21 Jahre alt. Vor 1 1/2 Jahren mußte sie wegen Schwangerschaft heiraten und erkrankte im Wochenbett an einer Psychose. Jetzt kommt sie mit einer ängstlich-unruhigen Depression.

Zunächst fällt auf, daß die Patientin ihre Krankheit weniger durch persönliches Leid als belastend empfindet, vielmehr wird der Arzt wegen sozialen Versagens aufgesucht. Dadurch hatte sie sich den Unwillen der Umgebung zugezogen. "Ich konnte meine Arbeit nicht mehr machen, nicht mehr Bett machen, nicht mehr kochen." In ähnlichem Sinne, als Sprachrohr der Umwelt, die sie tadelt, hörte sie beim ersten Krankheitsausbruch Stimmen: "Die Stimmen haben mich schlecht gemacht. Daß ich dran schuld bin, daß ich jetzt ein Kind bekomme. Und daß ich nicht arbeiten will. Daß ich zu nichts zu gebrauchen bin."

Der Frage nach den Ursachen ihrer Krankheit begegnet sie mit den aus dem ersten Kapitel bekannten Abwehrmethoden des Ausblendens von Konflikten und Beschönigens der Lebenssituation: "Ich verstehe mich mit meinem Mann gut, wir haben eine schöne Wohnung, das Geld klappt, wir haben ein gesundes Kind." Dies hört sich alles gut an, ist jedoch eine "Externbeurteilung", wie sie von der Umgebung der Patientin stammen mag. Sie schließt sich dem an, weil sie sich nicht in Gegensatz zur Umwelt stellen mag und in ihrer schwachen Position als Kranke keine Konflikte austragen kann, stattdessen werden sie eben ausgeblendet.

Im Verlauf eines längeren Gesprächs stellt sich dagegen heraus, daß alle in der Externbeurteilung gelobten Lebensumstände Konflikte enthalten. Im Verhältnis zum Kind bestehen untergründig Aggressionen und Zwangsimpulse, den Ehemann lehnt sie u.a. wegen seiner sexuellen Ansprüche ab, in ihren Träumen erleidet er ständig grausame Todesarten. Diese Dinge erfüllen die Patientin mit Schuldgefühlen. Auch die "schöne Wohnung" ist spannungsgeladen, sie sollte gerade vor Krankheitsausbruch bezogen werden und hätte erstmals ein Zusammenleben mit dem abgelehnten Ehemann gebracht.

Alle diese inneren Konfliktpunkte waren der Patientin nicht bewußt. Bei Gesprächsbeginn stand sie ihrer Krankheit und ihrer Lebenssituation ratlos und voller Unruhe und Angst

gegenüber, dabei erging sie sich in Schuldvorwürfen. Den genannten Schwierigkeiten und Konflikten begegnete sie mit den Denk- und Verhaltensweisen des Internalisierens von Schuld und des Ausblendens von Konflikten. Im Verlauf des Gesprächs stellt sich dann eine Änderung ein. Die ausgeblendeten Bereiche können besprochen werden und die Patientin wird freier und unbefangener. Bei der Behandlung der Träume fragt sie - mehr sich selbst: "Ob das alles zusammenhängt?" Die ängstliche Spannung löst sich merklich und die Schuldgefühle scheinen zurückzutreten. Beim Abschied äußert sie: "Glauben Sie, jetzt geht es mir besser, durch das, daß ich mit Ihnen reden konnte." Bei der Entlassung nach 3 Wochen kommt sie spontan, um mitzuteilen, daß es ihr seit dem Gespräch besser gegangen sei.

Bei dieser Patientin sind die Abwehrmethode des Ausblendens von Konflikten und die Unterwerfungshaltung der Internalisierung von Schuld relativ leicht reversibel. Die Erörterung der Sicht der Krankheit und ihrer Ursachen kann entängstigen und eine kathartische Entwicklung einleiten.

Internalisieren und Individualisieren, Banalisieren und Ausblenden als Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen werden beim folgenden Patienten noch einmal geschildert, besonders aber ihre gesellschaftliche Einbettung und Funktion.

Beispiel 11: Herr W. ist ein 22jähriger farbiger Patient, Sohn einer ledigen deutschen Mutter und eines amerikanischen Besatzungssoldaten (Farbiger). Die klinische Diagnose lautet auf Alkoholhalluzinose.

Über sich selbst und seine Krankheit sagt der junge Patient: "Ich bin körperlich nicht krank, es ist mehr moralisch und psychisch. Wenn ich ganz ehrlich bin, sag' ich: Erstens hat mich alles angekotzt, zweitens hab ich mich selbst angekotzt, drittens hab' ich zu überhaupt nichts mehr Interesse. Mir hat

jedes Ziel gefehlt, jede Zielstrebigkeit, da hab' ich mich gehen lassen. Es hat nichts mehr geklappt mit mir. Irgendwann kommt man auf Gedanken, und da sieht man: Was bist Du eigentlich? Gar nix. Eine ganz kleine Null. So'n Zacken am kleinsten Rädchen im Getriebe." In solchen Perioden des Dar-niederliegens seines Selbstgefühls hilft der Patient sich mit Alkohol: "Wenn man dann grad so'n Glas Bier vor sich hat, und dann das Denken, an gar nichts denken, das ist das Schönste." Dieser mit Alkohol herbeigeführte Zustand einförmiger Harmonie ist natürlich nicht geeignet, eine dauerhafte Lösung für die Selbstwertkrise des Patienten herbeizuführen: "Aber dann muß man ja wieder zu sich kommen. Das ist ein sehr gefährliches Stadium. Nachher lache ich darüber. Aber ich hab' das schon ein paar Mal gehabt. Wenn ich nicht zu feig' dazu wär', hätte ich mir schon ein paar Mal die Pulsadern aufgeschnitten."

Woher kommt nun diese eindrücklich - wenn auch etwas pathetisch - geschilderte Leere und Selbstwertkrise des Patienten?

Der Patient selbst weiß darauf keine Antwort. Seine Sicht der Lebenssituation und Krankheit zeichnet sich aus durch Unreife, Mangel an Einsicht, fehlenden Blick für Probleme und Konflikte, die ihn beeinträchtigen. Er hat keine kritische Distanz zu seinem Zustand und neigt zu verharmlosender und beschönigender Darstellung. Blinde Flecken und Leerstellen in seinem Leben werden übertüncht.

Ob er Freunde habe? "Nein, nur Kumpels. Ein Freund muß mit mir durch dick und dünn gehen." Man spürt in dieser Äußerung, wie er sich eigentlich nach solchem Freund sehnt, aber er bestreitet, daß ihm der Mangel etwas ausmacht. Seine zwischenmenschlichen Beziehungen sind überhaupt spärlich: "Meine Mutter weiß von mir gar nichts. Von mir hat noch nie jemand was gewußt." Er trägt auch einen Verlobungsring, um das Problem einer weiblichen Partnerin nach außen hin zu erledigen, dabei sind seine Erzählungen von ihr so allgemein, diffus und wider-

sprüchlich, daß man zweifeln muß, ob es so ein Mädchen überhaupt gibt. Gefragt, ob er Minderwertigkeitsgefühl kenne, bestreitet er dies ganz forciert, was später eingeschränkt wird: "Wenn ich mich irgendwo neu vorstellen soll, da bin ich ganz schön still." Auf vielen Gebieten des täglichen Lebens hat er kein Urteil, schwadroniert stattdessen etwas großsprecherisch herum: "Zum Beispiel meine politische Meinung, mittel, so leicht nach links geneigt, CDU, wenn Sie verstehen, was ich meine." Seine Freizeit besteht aus Reden, Trinken, Kartenspielen: "Wo es etwas zu feiern gibt, bin ich immer dabei." Dies alles tut er ohne tiefere Beziehung zu einem Menschen. Selten habe er Prügeleien, dann aber richtig: "Dann bin ich ein Vieh. Da sehen Sie meine Augen nicht mehr, nur noch was Weißes. Da bin ich gemeingefährlich." Auch im beruflichen Leben dominieren Unstetigkeit und Leichtfüßigkeit. Er hat zwar eine abgeschlossene Lehre, hat aber dauernd die Stellen gewechselt. Nirgends war er beständig: "Kein Fortkommen. Titel ohne Mittel. Was nützt mir das." Gegenwärtig arbeitet er als "Mädchen für alles" ausgerechnet in einer Weinkellerei.

Über die Entstehung seiner verfahrenen, haltlosen, von Bindungsarmut und Unstetigkeit gekennzeichneten Lebenssituation macht er sich keine Gedanken. Er schildert sie als etwas Gegebenes und bringt sie in Beziehung zu unabänderlichen Charaktereigenschaften: "Ich bin so sprunghaft. Ich kann jetzt noch lachen, auf einmal kotzt mich alles an. (...) Ich bin ein Mensch, der von heute auf morgen lebt, ich plan' nicht lang voraus. (...) Ich bin etwas sensibel, das weiß ich. Bin manchmal wie eine Mimose. Bin ein Stimmungsmensch. Wenn Vollmond ist, dann ist mit mir nichts anzufangen." Auffällig gehäuft sind diese Wendungen, in denen er betont, daß er Gefühlsmensch sei, vom Vollmond abhängig, eine Mimose, sensibel eben, ohne Vorausplanen. Gerade im Bild vom Vollmond wird deutlich, wie der Patient die Verantwortung für seine Gefühle und sein Verhalten aus dem sozialen Bereich herauslagert. Dies ist für ihn sehr charakteristisch. Wenn er nun

einmal eine Mimose ist und wenn er vom Vollmond abhängt, dann sind seine Stimmung und sein Verhalten relativ unabhängig vom zwischenmenschlichen Bereich, den man sonst als zumindest mitbestimmend für psychisches Wohlbefinden ansehen könnte. Der Patient übt eine Selbstdarstellung, aus der er den sozialen Bereich als ursächlich für sein Befinden ausblendet. Die Einordnung seines Selbstverständnisses und auch seiner Krankheit ins soziale Spannungsfeld unterbleibt somit. Dies Verhalten ist mit anderen Denk- und Verhaltensweisen verwandt, die bei früheren Patienten geschildert wurden. Zum Rückzug aus dem sozialen Spannungsfeld dienen auch Somatisieren, Internalisieren, Individualisieren.

Wie kommt es nun in diesem Fall zu einem solchen, soziale Konflikte verdeckenden Verhalten, das fast schon den Eindruck von etwas Typischem bei psychisch Kranken erweckt? Bezeichnenderweise äußert er anfangs über seine Kindheit, in der schon mehrfach beobachteten Weise des Vernarmlosens: "Ach, es war eigentlich alles ganz normal." Dabei ist sie in Wirklichkeit denkbar ungünstig verlaufen. Hier sollen nur wenige Momente dargestellt werden. Der Vater, ein Farbiger, verließ die Mutter und ging nach Amerika zurück, als der Patient ein Jahr alt war. Angeblich sollte der Patient im Alter von 12 Jahren mit seiner Mutter nach Amerika folgen. Einen Tag vor der Abreise sei dann ein Telegramm gekommen, daß der Vater in seinem Haus verbrannt sei, lautet die phantastische Geschichte, mit der der Patient das Vakuum um seinen Vater ausgefüllt hat. Das Fehlen einer väterlichen Identifikationsfigur ist für ihn von großer Bedeutung gewesen. Noch jetzt träumt er oft von seinem unbekannten Vater: "Ich stell' mir oft vor, Vater muß ein guter Kumpel sein. Ich stelle ihn mir wie mich selbst dar." Oder, als er etwas Abfälliges über die Mutter gesagt hat: "Ja, wenn mein Vater vielleicht leben würde. Mit dem könnte ich mich vielleicht unterhalten." Das Verhältnis zur Mutter war wenig tragend: "Ach, ich weiß nicht, die mußte arbeiten. Wir waren bei einer Tante. Ich war eigentlich ein bißchen benachteiligt. Die hat meine

Schwester lieber gemocht." (Die Schwester stammt von einem anderen Erzeuger.) Die Tante wird ungünstig erinnert: "Meine Mutter-Tant, die hat uns oft gestraft, wenn's nicht nötig war, und nicht gestraft, wenn's nötig war. Sie ist sehr nervös." Auch viele andere Erinnerungen an die Kindheit sind negativ. Mehrfach war der Junge in der Schweiz, wo er angeblich adoptiert und zum Priester ausgebildet werden sollte. Auch die Schulentwicklung war ungünstig. z.B. "(...) meine Schrift. Die hat mir in Deutsch viel verdorben. Ich bin Linkshänder. Hab' immer mit dem Stock auf die Pfoten gekriegt, bis ich rechts geschrieben hab'." Die letzten Jahre hat er meist die Schule geschwänzt.

Die wenigen mitgeteilten Daten aus der Entwicklung des Patienten lassen erkennen, daß sie unter denkbar ungünstigen, weit von der Norm abweichenden Einflüssen stand. Dennoch ist der Patient nicht in der Lage, dies in Beziehung zu seiner verfahrenen Lebenssituation zu setzen. Soziale Schwierigkeiten, die ihn betreffen, sieht er nicht, er blendet sie aus oder kaschiert sie hinter großsprecherischen Reden.

In seinen Träumen dagegen spiegelt sich die soziale Konflikthaftigkeit, vor der er in wachem Zustand die Augen verschließt: "Meine Träume gehen zu 80 % um Geld, dann sind es gute Träume. Der Rest, da fließt Blut, Schlägereien und so." In den Träumen sind seine Schwierigkeiten nicht ausgeblendet. Die Aggressionen, die mit seiner sozialen Fehlentwicklung - so kann man sein bisheriges Leben wohl nennen - verknüpft sind, werden in der vom Bewußtsein weniger kontrollierten Traum-sphäre kaum noch verhüllt. Ebenso wird das Gefühl, in seinem Leben benachteiligt zu sein - was er im wachen Zustand ableugnet - im Traum deutlich: "Einmal hab' ich geträumt, ich hätt' im Lotto gewonnen, (...), hab' mir 'nen 300er Mercedes gekauft." Im Traum realisiert sich der Wunsch nach Erfolg, der ihm bisher nicht vergönnt war. Aber immer liegen Steine im Weg: "Meistens, wie soll ich sagen, war immer ein Hindernis im Weg. Wenn ich mit dem Auto fahren wollte, war z.B.

die Straße aufgerissen. Ich bin nie weitergekommen." Ebenso deutlich wie sein Gefühl, immer an Schwierigkeiten zu scheitern und sich nie richtig verwirklichen zu können, wird sein Mangel an Selbstbewußtsein im Traum: "Wenn ich ein Fußballspiel gesehen hab', dann träum' ich, ich wär' ein Starfußballer." Derartige Tagträume sind nicht selten, jedoch wird seine spezifische Situation durch den Nachsatz beleuchtet: "Aber das klappt dann nicht. Irgendwie kommt immer ein Fehler vor."

Neben den anfangs geschilderten Aggressionen dominieren also im Traum Größenideen, die immer an irgendeinem Handicap scheitern: Wenn er schon einmal einen 300er Mercedes hat, dann ist die Straße aufgerissen.

Näheren Aufschluß über dies Handicap, das der Selbstverwirklichung im Wege steht, gibt bei diesem Patienten, der ja zum Ausblenden und Beschönigen seiner Konflikte neigt, erst der Inhalt seiner Alkonolhalluzinose. Als sich nämlich sensitive Verfolgungsideen einstellen, tauchen auf einmal Bezüge zur Hautfarbe auf, der Hautfarbe, von der er - bei vollem Bewußtsein - betont, daß sie ihm nichts ausmache. "Ich bin dann durchgedreht, habe mich verfolgt gefühlt von einer Frau, habe Stimmen gehört. (...) Das muß im Unterbewußtsein sitzen, das Unterbewußtsein hat sich gewehrt gegen die." Entscheidend ist der Grund dafür, warum er sich gerade von ihr verfolgt fühlt, es hängt mit der Rassenfrage zusammen: "Ich habe schon oft Krach mit ihr gehabt. Es gibt, sie arbeitet bei den Amerikanern, Weiße und Farbige, und wenn die einen Farbigen bedienen muß, dann kommen Ausdrücke, die sind mir nicht ganz recht, das gibt Krach dann. Ich fühl' mich dann auch als Farbiger." Endlich ist der wesentliche Punkt - neben ungünstigen Einflüssen in der Krankheit - für seine soziale Schwäche genannt, die Belastung durch die Hautfarbe. Im wachen Zustand, bei intakten Abwehrmethoden, unangekränkt durch die Halluzinose, will er ihre Bedeutung nicht wahrhaben, ganz so, wie er, wenn ihn die eingangs geschilderten Selbstwertzwei-

fel überkommen, an "nichts denken" will, "das ist das Schönste." Zu diesem "Schönsten, an nichts denken" muß ihm das Bier verhelfen, und dem Alkohol spricht er inzwischen so sehr zu, daß er in die Alkoholhalluzinose geriet. In ihr kommt der Konfliktstoff auf einmal doch wieder zutage. Im sensitiven Verfolgtwerden klingen die Selbstwertzweifel wegen der Hautfarbe an, dem Handicap, mit dem schon bei seiner Zeugung der Keim für seine späteren sozialen Schwierigkeiten gelegt wurde.

Der Kranke ist nicht fähig, dieses Handicap und die schädlichen Einflüsse in seiner Entwicklung einzuordnen in die Beurteilung seiner jetzigen, verfahrenen Lebenssituation, im Gegenteil, sie sind aus dem Bewußtsein ausgeblendet. (Aggressionen gegen die Umwelt, Sehnsucht nach dem Vater, Wunsch nach Ansehen und Macht setzen sich nur im Traum durch, das Gefühl sozialer Deklassierung wegen der Hautfarbe manifestiert sich erst in der Halluzinose.) Anstelle einer Herleitung aus sozialen Bezügen werden die Schwierigkeiten mit gegebenen Charaktereigenschaften (ich bin sehr sprunghaft, etc., s.o.) begründet, über deren Entstehung er nicht nachdenkt. Stattdessen verknüpft er sie mit der Natur (im Bild von der Mimose und dem Vollmond), dies als eigentümliche Form der Herauslagerung aus dem sozialen Bereich, wo Menschen verantwortlich sind.

Dieser Patient krankt u.a. daran, daß er mit großen, gesellschaftlich vorgegebenen Hypotheken aufwuchs: uneheliche Geburt, broken-home, Außenseiter als Kind eines Besatzungssoldaten, zusätzlich Probleme, die sich aus der Mischlingsfarbe und Rassendiskriminierung ergeben. Für diese Lasten ist der Patient nicht verantwortlich; er wird es scheinbar, wenn seine Probleme und Konflikte als Folge individueller Charaktereigenschaften, die naturgegeben sind, erklärt werden. Dieser Prozeß der Individualisierung gesellschaftlich zu verantwortender Schwierigkeiten in der Person und zu Lasten des psychisch Kranken geht von zwei Seiten aus, von der Ge-

sellschaft und vom Patienten. Wir haben hier nur die Denk- und Verhaltensweisen geschildert, die vom Patienten aus dazu beitragen.

Aus der Betrachtung dieses Patienten ist festzuhalten, wie die Herauslagerung individuell erscheinender Lebensproblematik aus dem gesellschaftlichen Gefüge in der Ursachenfrage zu einer Belastung des erkrankten Individuums führt. Was bei näherer Analyse gesellschaftlich zu verantworten wäre, das tritt nur noch - nach der Individualisierung - als verwerfliche Eigenschaft des psychisch Kranken in Erscheinung: er ist eben Alkoholiker, sprunghaft, labil, süchtig. Dies Phänomen der Individualisierung gesellschaftlicher Konflikte setzt sich sogar noch fort. Eines Tages werden sie sich vielleicht in einer Organkrankheit konkretisieren: "ein Fall von" Leberzirrhose. Dann sind die Konflikte soweit denaturiert, daß sie das Gewissen der Umwelt kaum noch belasten - schließlich hat der Kranke seine Leber und sich selbst durch den Alkohol ruiniert.

Gesellschaftliche Konflikte machen also bei der Individualisierung in psychischer Krankheit und Konkretisierung in Organkrankheit eine Metamorphose durch, die sie schließlich unkenntlich werden läßt. Mit den bisher geschilderten Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen - Abwehr psychischer Krankheit, Ausblenden, Internalisieren, Banalisieren, Individualisieren - tragen die Patienten zu dieser Metamorphose bei.

3. Kapitel: Anpassung

Im ersten Kapitel wurde das Nicht-wahr-haben-Wollen psychischer Krankheit mit spezifischen Abwehrmethoden geschildert, im zweiten die Unterwerfungshaltung mit Internalisierung und Individualisierung.

Eine Reihe anderer Patienten kennt die psychische Krankheit. Aber die Vorstellungen über die Ursachen unterliegen nicht solchen verfälschenden und verbergenden Methoden wie in den beiden ersten Gruppen. Vielmehr zeigen die Ursachenvorstellungen eine auffällige Übereinstimmung mit gängigen ätiologischen Vorstellungen - die Patienten dieses Kapitels haben denn auch alle früher schon Kontakt mit psychotherapeutischen Bemühungen oder entsprechender Lektüre gehabt. Die Kenntnis der Krankheit und ihrer möglichen Ursachen erscheint eher als ein Akt der Anpassung denn als persönliche Überzeugung. Wesentliches Merkmal dieser Haltung ist, daß für die psychische Situation der Patienten die Kenntnis von Krankheit und Ursachen folgenlos bleibt. Die Ursachenvorstellung kann nicht in ihre Existenz integriert werden, es fehlt der Transmissionsriemen zur praktischen Änderung der psychischen Situation. Die Ursachenvorstellungen der Patienten laufen gleichsam im Leerlauf neben der psychischen Realität her und bleiben ohne dynamische Wirksamkeit.

Beispiel 12: Frau F. ist 33 Jahre alt und seit vielen Jahren unter der Diagnose einer dysphorisch-hypochondrischen Dysthymie in nervenärztlicher Behandlung. Es handelt sich um eine neurotische Entwicklung mit bunter Symptomatik, in deren Vordergrund gegenwärtig ein depressives Leistungsveragen sowie Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit stehen.

Die Patientin schildert mit gleichförmig-klagender Stimme eine große Zahl biographischer Einflüsse, die zur neurotischen Entwicklung beigetragen haben mögen: "Ich hab' eine sehr schlechte Kindheit gehabt. Meine Mutter hab' ich mit 6 Jahren verloren, ich hatte Scharlach, hab' sie angesteckt. (...) Das hab' ich schon oft vorgeworfen gekriegt: 'Wegen Dir ist Deine Mutter gestorben!' (...) Und auch mit dem Geld. Ich bin so arg geizig. Warum? Vater hat alles auf Pump gemacht. (...) Da hab' ich jetzt auch immer Angst davor, daß wir jetzt auch in Schwierigkeiten kommen. (...) Und dann bin ich so unsicher, weil ich nur ein Aug' hab'. Mit 15 Jah-

ren ist es rausoperiert worden. Das war so dick, so milchig, so rausstehend. (...) Als Kind bin ich sehr gehänselt worden wegen des Auges. Da haben sie immer gesagt: 'Katzenauge!' Das starre Auge!" Im Zusammenhang mit der Schilderung, wie der Vater seine Ehe zerstören wollte, indem er einen Dritten zum Ehebruch mit seiner eigenen Ehefrau verleiten wollte, klingt das an, was oben als gedanklicher Leerlauf beschrieben wurde: "Sowas Schuftiges, das nehme ich mir alles so schwer zu Herzen, da denke ich immer dran. Ich denk' und denk' und denk' und komm zu keinem Entschluß."

Auch mit ihrem Ehemann hat sie kein Glück. Im Gegensatz zu den Patienten der ersten Gruppe kann sie die Schwierigkeiten auch benennen: "Meinen Mann, den wollte ich haben. Ich habe mich an ihn gebunden und geklammert, er wollte mich nicht heiraten. (...) Er hat viele andere Mädchen gehabt. (...) Mein Mann sagt immer, ich könnte ja abhauen. Das sind alles so Dinge, die mich niederdrücken." Auch der sexuelle Bereich ist von der psychischen Krankheit überschattet: "Im sexuellen Leben meine ich auch, das wär' nicht richtig. (...) Ich werde auch nie fertig, da habe ich nichts davon. (...) Der Mann schlägt dann auch und schimpft so furchtbar: 'Du alte Oma, Du siehst so häßlich aus!' Da habe ich dann so eine Wut, da kann ich nicht anders, da schlage ich dann, das ist wie ein Zwang. (...) Er sagt immer, ich könnte ja gehen. Aber wohin soll ich denn gehen? Ich habe ja niemanden."

Ein Leben, das offenbar von Anfang an unter einem ungünstigen Stern stand und dessen Schläge die Patientin nie zu einem gesunden, lebensstüchtigen, "zu Liebe und Arbeit fähigen" (FREUD) Menschen werden ließen: "Ich bin immer in die Ecke gedrückt worden. Das habe ich auch heute noch, das Gefühl."

Sie scheint zu wissen, daß ihr Leben sich fehlentwickelt hat, weil die Umwelteinflüsse keine freie Entfaltung zuließen: "Ich war noch nie ein freier Mensch, weil ich so gehänselt worden bin. Ich sag' immer, ich bin unter Kuratel. (...) Das

war irgendwie wie ein Panzer um mich rum, weil ich so unsicher bin, habe ich immer geschimpft. (...) Ich denk' und denk' und denk', warum ich so bin. Nicht so aufgeschlossen wie die anderen. (...) Warum ich so beengt bin, wie in einem Schneckenhaus drin." Bei diesem Lebensschicksal gibt es einen großen Anteil sozialer Verursachung der Krankheit, und auch die Patientin sieht dies: "Ob das vielleicht von meiner Kindheit kommt? Ich hab' eine sehr schlechte Kindheit gehabt. (...) Ich meine immer, das wären seelische Dinge." Die Patientin weiß über den Charakter ihrer Krankheit und die Ursachenbereiche im großen Bescheid. Sie beurteilt auch ihre gegenwärtige Situation in der Krankheit ganz zutreffend, wenn sie von Zwang, Kuratel, Schneckenhaus und Panzer spricht, um die Einengung ihrer Lebensmöglichkeiten durch Lebensschicksal und Krankheit auszudrücken. Dennoch bleibt die weitgehende Kenntnis von Art und Genese der Krankheit folgenlos und befreit die Patientin nicht von Not und Zwang und Verstrickung in die Krankheit. In ihren Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen paßt sie sich an das an, was sie bei ihren bisherigen Kontakten mit dem medizinischen Apparat übernommen hat, ohne daß ihr diese Übernahme fremder Vorstellungen hilft. Dies ist ein Beispiel, wie die Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Ursachen, die in den vorigen Fällen als notwendig und heilsam dargestellt wurde, scheitern kann, wenn die Verschränkung mit psychodynamischen Prozessen unterbleibt.

4. Kapitel: Manische Realitätsverkennung

Eine Sonderstellung bei den Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen nehmen die 2 manischen Patienten im Untersuchungsgut ein. Bei den bisher geschilderten Kranken wurden die Haltung zur Krankheit und die Ursachenvorstellungen keineswegs von ihrer jeweiligen Krankheit bestimmt. Vielmehr konnten die verschiedenen Denk- und Verhaltensstrukturen unabhängig von der speziellen Erkrankung

herausgearbeitet werden, indem sie als Funktion von Entwicklung, Lebenssituation und Psychodynamik dargestellt wurden.

Dies ist bei den manischen Patienten offenbar nicht ohne weiteres möglich. Sie erleben eine hochgestimmte Steigerung ihres Selbstwertgefühls; ihr Verhältnis zur Krankheit, wegen der sie schließlich eingeliefert wurden, ist durch eine Verleugnung dieser von der Umwelt behaupteten Realität Krankheit gekennzeichnet. Ebenso, wie sie ablehnen, krank zu sein, lehnen sie es auch folgerichtig ab, sich über die Ursachen ihrer "Krankheit" Gedanken zu machen. Manische Patienten haben offenbar keine Ursachenvorstellungen über ihre Krankheit. Es ist gerade aus dieser Sicht erstaunlich, daß die Tatsache des Krankenhausaufenthaltes widerspruchsflos hingenommen wird. Sie wird aber im Rahmen der manischen Verknennung und Überhöhung der Realität umgedeutet.

Beispiel 13: Frau K. ist eine 63jährige, vor einem Jahr pensionierte Oberstudienrätin. Von einer Krankheit, so sagt sie, merke sie nichts, im Gegenteil, sie fühle sich herrlich, sie "habe gemerkt, daß kleine schöpferische Fähigkeiten seit meinem 22. Lebensjahr einfach brachliegen. Im Moment bin ich ganz in Ordnung. Möchte den ganzen Tag singen können. Habe noch soviel Kraft übrig." Ihren hiesigen Aufenthalt sieht sie als Maßnahme des Arztes an, der sie in Schutzhaft gegeben habe. Sie findet ihn etwas kleinlich: "Der Arzt sagt: 'Sie sind ja nicht zu retten, Sie verscherbeln ihr Mobiliar, gehen in Teenagerläden, kaufen sich gleich zwei Knautschlackmäntel, einen schwarzen, braungefütterte, für den Winter einen knöchellangen'." Die Patientin gibt den Bemühungen des Arztes um sie eine Interpretation, mit der sie die Realität im Sinne ihres optimistischen, hochfliegenden Weltverständnisses umdeutet: "Es sieht so aus, als ob wir noch heiraten. Das weiß er aber nicht."

Beispiel 14: Herr M. ist 27 Jahre alt. Seine klinische Diagnose lautet "maniforme Schizophrenie". Er wurde nach einer heftigen körperlichen Auseinandersetzung mit seinem Vater

eingeliefert. Seinen Aufenthalt in der Klinik betrachtet er als Folge der haßerfüllten häuslichen Situation, verschuldet vom Vater. In seinem persönlichen Befinden herrscht das Gegenteil des Gefühls, krank zu sein. Begeistert schildert er die Veränderung seines Lebensgefühls zur Plus-Seite: "Ich bin durch den Rheingau gelaufen, war eingehüllt in eine sehr, sehr schöne Stimmung. Wissen Sie, wenn Sie einen schönen, romantischen Film sehen, dann überläuft es Sie vor Glück. Ich habe intensiver gelebt. (...) Ich habe die Welt mit anderen Farben gesehen. Nicht mit anderen, daß ich violett blau gesehen hab', ich habe alles intensiver gesehen. Die gefühlsmäßige Seite war viel stärker aktiviert. Sie sahen, Sie glaubten, Sie wären in einer anderen Welt. Man hatte aber nicht das Gefühl, man war krank, man war glücklich. Man lief durch die Straßen, alles war wie ein Rausch. Ein rauschhaftes Glück war das. So, als habe man Sekt getrunken. Man ist beschwingt, man ist heiter." Diese rauschhafte Hochstimmung, in der er sich nicht krank, sondern glücklich fühlt, läßt keine Ursachenvorstellungen über Krankheit zu. Den Krankenhausaufenthalt begründet er mit den häuslichen Spannungen. Deutete die vorige Patientin die Bemühungen des Arztes um sie optimistisch um, so gibt dieser Patient den elterlichen Bemühungen - veranlaßt durch die Abneigung gegen den Vater - eine negativ getönte Interpretation: "Jedenfalls wollte ich raus. Das ganze Milieu war nichts. Ich hatte immer das Gefühl, sie wollten mir irgendwas. Sie wollten was gegen mich unternehmen, glaube ich, oder sie würden mir Medikamente in die Suppe mischen." Er befürchtete eben, daß man ihm seinen als glücklich, nicht krankhaft empfundenen Zustand nehmen würde.

5.Kapitel: Kämpferische Auflehnung

Den Haltungen der in den vorigen Kapiteln geschilderten Patienten sei jetzt ein Mann mit einer querulatorischen Entwicklung gegenübergestellt, der in seinen Denk- und Verhal-

tensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen in vielem das Gegenteil des Gewohnten darstellt. Gleichsam als Negativbild mag er das bisher Herausgearbeitete im Verhalten psychisch Kranker verdeutlichen. Seine Haltung hat nichts von ängstlicher Schwäche. Auch Abwehr, Anpassung, Unterwerfung oder Realitätsverkennung als Methoden, um psychischer Krankheit und den damit verbundenen Konflikten auszuweichen, sind bei ihm nicht zu beobachten. Dagegen kommt es zu einer kämpferischen und übersteigerten Annahme der Konflikte mit Auflehnung gegen die kränkende Umwelt. Die Schuld für alle auftauchenden Schwierigkeiten wird grundsätzlich in der Umgebung gesucht. Dieses dem Internalisieren entgegengesetzte Externalisieren aller Konflikte befreit ihn von der Verantwortung für das Scheitern seines Lebens. Es steht im Dienste der Selbstgerechtigkeit und setzt alle anderen ins Unrecht.

Beispiel 15: Herr K., 43jähriger Mann, Maurer und ehemals selbständiger Bauunternehmer. In die Klinik kommt er auf Drängen von Familie und Krankenkasse, weil er zu Hause durch Umtriebigkeit und Handel nicht mehr erträglich sei. Er hat seit 7 Jahren nur noch unregelmäßig gearbeitet, in der letzten Zeit überhaupt nicht mehr. Er isolierte sich von Umwelt und Familie in seinem Gartenhäuschen, wo er endlose Briefe, säuberlich geschrieben und mehrfarbig unterstrichen, an "Gott und die Welt" verfaßte. In langen Schriftsätzen klagte er über die Schlechtigkeit der Zeit. Seine Umgebung belästigte er mit weltverbessernden Reden, wurde zuletzt auch aggressiv gegen seine Frau und seine Kinder. Ein hypomani-scher Tatendrang entlud sich in rastlosem Einsatz für eine große christliche Partei und in den unermüdlich verfaßten Briefen, in denen er hohe Würdenträger in Kirche und Staat auf Mißstände hinwies und Vorschläge zur Verbesserung machte.

In der Klinik setzt Herr K. sein dranghaftes Schreiben tage- und nächtelang fort. Dabei ist er ruhig und verständig, nur gefürchtet wegen seiner endlosen Monologe, die er über jeden erreichbaren Zuhörer ergießt.

Herr K. sieht sich nicht als krank an. Er habe "Streß" gehabt und "ich bin hier, um meine Ruhe zu haben." Den Krankenhausaufenthalt betrachtet er als willkommene und verdiente Ruhepause: "Ich habe noch nie Urlaub gehabt." Auch früher diene das, was seine Umwelt als Krankheit bezeichnete, ihm dazu, Zeit für sein weltverbesserndes Schreiben zu gewinnen: "Früher hat der Hausarzt mal geschrieben: 'Depression', obwohl ich überhaupt keine habe, nur damit ich etwas Ruhe zum Schreiben habe. Ich brauche das nämlich." Das Schreiben, das ihm keine Zeit mehr zur Arbeit ließ, hat ihn schließlich in Gegensatz zu Umwelt und Familie gebracht: "Alle sagen zu meiner Frau, weil ich doch 3 Jahre dem Beruf nicht nachgekommen bin: 'Der Kerl ist verrückt'."

Wie kam es nun dazu? Herr K. beginnt auf die Frage, warum er hier sei, mit einem etwas pathetischen Bild, in dem er ein wesentliches Thema seines Lebens dargestellt sieht: "Sie kennen die Geschichte vom Sysiphos, hoch den Stein, und dann erkennt er im Rückweg sein Schicksal, manchmal seine Größe, manchmal seine Niedrigkeit." Er sieht sich in dieser nicht ohne Pathos und Selbsterhöhung ausgeschmückten Metapher als Sysiphos, als einer, dem das Leben einen großen Stein auflädt, den er erfolglos auf den Berg zu rollen versucht, er fällt immer wieder herunter, kurz bevor das Ziel erreicht ist. Hier wie bei vielen anderen Gelegenheiten spüren wir in seiner Selbstdarstellung die Tendenz zur Geltungssucht.

Ausführlich und mit Stolz schildert Herr K. seine Herkunft aus einer ländlichen Familie. Seine Vorfahren waren angesehene Landwirte und Schmiede, sein Vater besaß eine Mühle. "Unsere ganze Familie, wir waren Freie, keine Knechte.", so charakterisiert Herr K. seine Vorfahren. Die Großeltern waren, wie die Eltern, streng religiös und genossen einen besonderen Ruf. Ein Großvater habe als Schmied Pferde und Menschen mit seinem Blick beherrscht, sei ein Bärenkerl gewesen, jähzornig, aber rechtschaffen. Den anderen Großvater schildert er

mit archaischen Zügen, religiös und patriarchalisch. Er habe die Familie wie ein Prophet überragt und gelenkt. Ihm habe er als kleiner Junge als Lieblingsenkel viel zugehört. Eine Großmutter wird als streng, pflichtbewußt, moralisch und als sehr tüchtige Bauersfrau geschildert.

Aus der farbigen und lebhaften Erinnerung des Herrn K. an seine Großeltern ragen Strenge, Religiosität und Rechtschaffenheit hervor, aber auch manche archaisch-magischen Eigenschaften, die dem Jungen von früh an vertraut waren.

Der Vater setzte manche dieser Züge fort. Er war Müller, hatte ein Bein im 1. Weltkrieg verloren und "ein sehr schweres Leben gehabt. Vater hat auch 'ne Gabe gehabt, vorauszuschauen. Er hat auch Tucholsky und Brecht gelesen." Er sei philosophisch veranlagt gewesen "und hatte auch so eine Art, Geschichten zu erzählen." (Auch Herr K. hat viel gelesen, zitiert gern daraus und "hat so eine Art, Geschichten zu erzählen.")

Die Mutter gehörte einer feinsinnigen pietistischen Gruppe an. Der kleine Junge, ihr erstes Kind, hatte eine enge Bindung an sie: "Ich war ihr Werner." Die Mutter war oft krank: "Ich weiß, daß sie viel Blutungen hatte, weil ich bei ihr im Bett schlief. Wir hatten zwar Betten genug, aber ich war ihr Erstgeborener. Ich war auch ihr Beichtvater. Sie hat mir erzählt, daß sie bald stirbt. Die hat eine Angst in mich gebracht vor dem Tod!" Die Belastungen in dieser Kindheit waren hart. Zur Krankheit der Mutter kam der Streit mit dem Vater. Wenn die kranke Mutter morgens nicht aus dem Bett kam, schimpfte er: "Du faule Sau, ich hab' die ganze Nacht gemahlen!" Sie starb, als Herr K. 12 Jahre alt war, ein Ereignis, das er bis heute nicht verwunden hat: "Wie sie ins Krankenhaus kam, sagte sie zu mir: 'Wenn ich im Himmel bin, schicke ich Dir eine Karte'. Auf die Karte warte ich immer noch."

Bei dem Bericht über seine Kindheit zeigt Herr K., daß er die Bedeutung dieser Entwicklungsperiode kennt: "Ja, das ist für Euch Psychiater wichtig, genau wie der Bauer sein Bäumchen pflanzt und es dann hegt oder von Blattläusen auffressen läßt." Gehegt und gepflegt wurde er nicht, was er - wieder etwas pathetisch - so ausdrückt: "Meine Kindheit war keine sympathische Kindheit, sie war hart und gnadenlos. Die Menschen waren arm und ausgepowert, arbeitslos. Die jüdischen Händler haben dem Bauern die Kuh aus dem Stall geholt, das Euter gespritzt und sie dann verkauft. (...) Als kleiner Kerl hab ich mit meiner Mutter den Abwehrkampf tragen müssen. Mein Vater hat sich hinter seinem abgeschossenen Bein verschanzt. Er war der ärmste Mensch der Welt, und ich selbst, als kleiner Kerl, kam mir gequält vor." Nach dem Tod der Mutter kam - wie im Märchen - eine hartherzige Stiefmutter, die ihre eigenen Kinder bevorzugte: "Ich mußte die Schulden des Vaters mit abverdienen." Der Junge arbeitete viel beim Bauern, in der Schule wurde er dann geschlagen, weil er nach Kuhstall roch. Dennoch war er ein so guter Schüler, daß er für die Realschule vorgeschlagen wurde. Als er dies der Stiefmutter erzählte, schlug sie ihn ins Gesicht: "Bezahl' erst mal Deine Schulden!" Das verletzte ihn tief: "Und dieses 'Deine' hängt in mir, das war ein ganz hartes: 'Deine'. Deine Schulden, Deine Schuld." (Erstmals erscheint als weiteres Leitmotiv, neben den archaisch-magischen Zügen, das Problem von Schuld und Gerechtigkeit, das schon bei den Vorfahren eine Rolle spielte und im Leben des Herrn K. von zunehmender Bedeutung wird.) "Seit dieser Zeit habe ich gelitten, kam ich mir betrogen vor." Er bringt viele weitere Beispiele für Ungerechtigkeiten, die er als Heranwachsender erlitt. Sein erstes Mädchen, das er nur stumm anzubeten wagte, wurde vom Lehrer abgestreichelt. "Ich durfte das nicht. Weil man diesen blödsinnigen Knebel im Hirn hat: 'Du sollst nicht! Hier klingt erstmals an, wie moralische und kirchliche Gebote als Einengung empfunden werden.

Brechen wir die Schilderung der Jugend von Herrn K. nun ab, da ihre wesentlichen Einflüsse schon erkennbar werden. Der

sicherlich begabte, aus einer geistig und persönlichkeitsmäßig herausragenden Familie stammende Knabe, der sehr prägnant die umgebenden Eindrücke aufnahm, wurde offenbar früh durch ein hartes Lebensschicksal mit gewichtigen Traumatisierungen belastet. Es besteht ein vielleicht angelegtes, auf jeden Fall in der Entwicklung früh beginnendes Gerechtigkeitsgefühl, das häufig gekränkt wurde und zum Gefühl führte, beeinträchtigt zu sein.

Mit 17 Jahren kam Herr K. zur Waffen-SS und wurde - aufgeweckt, anständig, deutsch-national, wie er war - ein begeisterter und tüchtiger Soldat. Ordnung und Sauberkeit bei der Truppe gefielen ihm, nur gelegentlich kam er durch seinen starren Gerechtigkeits Sinn in Schwierigkeiten. Einmal wurde er in Prag von einem Kameraden denunziert, weil er einem Juden mit gelbem Stern freundlich die Uhrzeit sagte. Der hatte sich mit: "Danke, Schalom!" verabschiedet. Herr K. kam wegen "unwürdigen Verhaltens" in Arrest. "Dieses Schalom ist die ganze Zeit in mir gewesen, darüber habe ich geschrieben," sagt er heute und zeigt damit, wie aktuell einmal erlittene Kränkungen für ihn bleiben.

In die Prager Zeit fällt auch ein erster sexueller Kontakt. Aus einem Bordell war er unverrichteterdinge wieder weggegangen, weil ihn vor dem Schmutz und der Käuflichkeit ekelte. Danach habe die Kommandeursfrau den stattlichen Schützen eingeladen und ihn in die Liebe eingeführt. "Das war schön. Es war der Gedanke dabei, daß dieser sogenannte Übermensch (sein Kommandeur), der zu uns immer von Untermenschen sprach, da war in mir was, ein gewisser Triumph, daß der nicht in der Lage war, seiner Frau die Liebe zu schenken." Auch hier meint man, Anklänge an Gerechtigkeitsverlangen und Rachegeanken zu spüren.

Das Ende des Krieges bringt ihm eine als Katastrophe empfundene Zerstörung seines vorher festgefügtten nationalsozialistischen Weltbildes und die russische Kriegsgefangenschaft.

Hier soll ihn eine russische Lagerärztin als Gegenleistung für das Wegoperieren seiner SS-Blutgruppennummer 3 Monate lang zu Liebediensten gezwungen haben, die er als tiefe Kränkung empfand: "Das war eine echte Vergewaltigung."

Nach dem Kriege machte Herr K. eine Maurerlehre durch, war fleißig, tüchtig und erfolgreich. Er bestand die Meisterprüfung und stellte ein blühendes Bauunternehmen auf die Beine. Außerdem heiratete er und führte eine glückliche Ehe: "Meine erste Frau war ein ganz tadelloses Mädchen, einfach, vom Lande, sauber. Es war eine rustikale Ehe. Sie war voll von Emotionen. Wir haben zusammen phantasiert, zusammen Träume gehabt." Ländlichkeit, Phantasie, Träume - alles aus der Kindheit als angenehm erinnerte Elemente - zeichneten die erste Ehe aus. Die glückliche und schaffensfrohe Zeit ging jäh zu Ende, als die Frau an Leukämie verstarb, ein Ereignis, das er als tiefe Kränkung empfand und nie verwunden hat und das in enger Beziehung zum Tod der Mutter stand. Anschließend unternahm er einen Suicidversuch: "Als sie tot war und ich auf dem Friedhof saß, da war ich in Gedanken bei ihr. Da habe ich über mich nachgedacht und über den Sinn meines Lebens. (...) Da habe ich die Tasse (mit Tabletten) genommen und gesagt: 'Mama, ich komme!'" Auch diese Formulierung läßt noch einmal den Vergleich mit dem Tod der Mutter deutlich werden.

Später heiratete er zum zweiten Male, diesmal eine geschiedene Frau, mit der es zu keiner glücklichen Ehe kam. An ihr hat er viel auszusetzen: sie ist Stadtmensch, Konservenmensch, vernachlässigt die Kinder, versteht ihn nicht. "Meine Frau ist kalt. Wenn ich ihren Körper anrühre, bin ich beleidigt." Was bei der ersten Frau an mütterlichen, positiven Eigenschaften alles vorhanden war, das bietet die zweite Frau an stiefmütterlichen, negativen. Besonders kränkt ihn, daß sie angeblich mit einer Tante lesbische Beziehungen unterhält: "Das kränkt meine Manneswürde", und daß sie in der Ehe abgetrieben hat: "Das betrachte ich als Mord." Erneut ist sein

Gerechtigkeitsgefühl verletzt und seine Würde getroffen, wie schon so oft in seinem Leben.

Parallel zu den ehelichen Spannungen kam es auch, etwa 7 Jahre vor der jetzigen "Krankheit" beginnend, zum beruflichen Niedergang. Er ist zeitlich verknüpft mit dem Sterben vieler kleiner Firmen und wird von Herrn K. als Schuld der Politiker aufgefaßt, die den Mittelstand ruiniert hätten. Allmählich begannen die Persönlichkeitsmerkmale des Gerechtigkeits-sinnes, des Gefühls, benachteiligt zu werden und der moralischen Striktheit expansiv zu werden und sein Leben immer mehr auszufüllen. Ihn belastete, daß Betrug und Unterschleif auf dem Bau gang und gäbe waren. Auch die Beschäftigung von Gastarbeitern brachte ihn in Erregung. Er nahm ihre Partei, hielt sie für ausgebeutet, schimpfte auf die deutschen Arbeiter, wurde seiner Umgebung durch Besserwisserei lästig, wurde unpünktlich, politisierte viel und vernachlässigte seinen Beruf. Er hatte keine Lust mehr zum Baugeschäft, wurde vielleicht bei seiner berufsunüblichen Korrektheit auch übervorteilt und machte schließlich bankrott. Dies bestärkte ihn in seinem Gefühl, in einer Welt voller Ungerechtigkeit und Schlechtigkeit zu leben. Er nahm sich vor, umso mehr dagegen anzukämpfen. Als er durch Einführung des "weißen Kreises" (Freigabe der Wohnungsbewirtschaftung, die erhebliche Mieterhöhungen zur Folge hatte) auch noch seine Wohnung verlor, wuchs sein Beeinträchtigungsgefühl in größere Dimensionen: "Ich habe viele Verbrechen erlebt, aber der 'weiße Kreis' ist für mich das größte Verbrechen in diesem Jahrhundert, außer den KZ's." Immer mehr trieb es ihn zu politischer Tätigkeit: "Ich bin nämlich auch in die CDU gegangen, um zu sehen, wie die das machen, mit ihren gespaltenen Zungen. Die CDU hat dieses Gesetz geschaffen für die Reichen, die sich die Knie in der Kirche heißbrutschen. Und ich wurde zu Tode gepfändet als bankrott gemachter Meister." Die Kritik an der als ungerecht empfundenen Umwelt beginnt jedes Maß zu verlieren.

CDU und Kirche rücken zunehmend in das Zentrum seines Hasses: "Ich glaub', daß in dieser klerikal-kloakalen, in diesem Mißbrauch von Macht und Staat, in diesen Querverbindungen, daß das abgeschafft werden muß. Darunter leidet die Menschwerdung. (...) Und diese Pfaffen. Darüber habe ich auch geschrieben. Ihr wollt Christen sein. (...) Wie der die Monstranz hält, das ist ein Machttyp. Dem sein Blick sagt immer: 'Jetzt hab' ich Euch wieder mal in die Knie. Die ganze Woche habt Ihr Euch so benommen!' Der Mensch ist doch nur ein Spielball von diesen Burschen." So geht es endlos weiter, meist mit einem einfühlbaren Kern, aber immer übertrieben, selbstbezogen, maßlos.

Bei diesen Aktivitäten dissoziierte sein bürgerliches Leben immer mehr. Die Familie verlor ihn als Familienvater, die Arbeitsstellen wurden häufig gewechselt, bis er überhaupt nicht mehr arbeitete. Seine Energie fließt seit 7 Jahren zunehmend - seit 3 Jahren ausschließlich - ins Schreiben von endlosen Beschwerden, Kritiken und satirischen gemeinten Lobbriefen, auf die er gelegentlich einmal erfreute Dankschreiben eines mißverstehenden Politikers erhält.

Das Schreiben hat die Funktion, ihn vom Druck der Ungerechtigkeiten, die auf ihm lasten, zu befreien: "Es fing an vor ungefähr 7 Jahren. Da habe ich geschrieben über die Unternehmer, die ganzen Gaunereien, ihre Profitgier. Zwischendurch habe ich immer noch mal Arbeit gemacht. Und dann kam es über mich. Durch den Tod meiner Frau und durch den weißen Kreis. Ich habe gesagt: 'Jetzt gehe ich mal meinen Neigungen nach!' und habe geschrieben wie ein Irrer. Ich schreibe Tag und Nacht, ich kann gar nicht anders. Wenn ich schreibe, das geht mir aus dem Hirn, aus der Seele, das fließt so in die Feder." Herr K. sieht selbst, daß er sich "wie ein Irrer benahm", als er "seinen Neigungen" nachging und den ganzen Tag schrieb. Doch wenn er sagt "wie ein Irrer", dann meint er die Beurteilung seines Tuns von außen, für ihn selbst bedeutet das Schreiben, daß er "seinen Neigungen nachgeht". Hierfür glaubt er, wie später aufgeführt wird, viele gute Gründe zu haben.

Er, der sein ganzes Leben lang diszipliniert und hart gearbeitet hatte - seine Briefe unterzeichnet er deswegen ironisch als "Sozialfellache aus Lasallien" - lehnt sich jetzt durch sein Schreiben gegen Ausbeutung und Unrecht auf. Wieder gebraucht er das Bild vom Sysiphos: "Dazu bin ich mir zu schade. (...) Weil ich gesehen hab': 'Mann, du lebst ja wie Sysiphos! Du rollst den Stein den Berg hoch.' Und da hab' ich keine Lust zu." Dieses Bild von sich selbst, ein ausgenutzter, erfolgloser Sysiphos, treibt ihn zu der Konsequenz, sich künftig den Lasten, die die Umgebung ihm aufbürdet, zu verweigern: "Und deswegen mein soziales Nein!" Er macht das Spiel vom Sysiphos nicht mehr mit: "Und dann schreibe ich, was meine Seele ist." Sein Schreiben ist seine Form der Verweigerung, gleichzeitig aber eine Anklage gegen die ungerechte Umwelt.

Darüber hinaus ist es psychodynamisch noch tiefer motiviert. Zum einen wird es gespeist aus der Aggressivität, die sich durch die Kränkungen bei ihm entwickelt hat. Diese Aggressivität wird im Schreiben sublimiert, was er selbst ahnt, wenn er fragt: "Wenn ich nicht schreiben würde, ob ich da gefährlich würde?" Eine zweite Motivierung für das triebhafte Schreiben liegt in Frustrationen im sexuellen Bereich: "Meine Frau hat mich in der letzten Zeit oft zurückgewiesen. (...) Dann liege ich im Bett und hab' dann onaniert. Da dachte ich: 'Was ist das für ein Dasein? Schuftest den ganzen Tag und bist dabei noch allein.' Das floß dann so aus mir heraus. Und dann schreibe ich!" Den ganzen Tag für die Familie hart zu arbeiten und dann doch im Sexuellen auf sich selbst verwiesen zu sein, auch diese Kränkung nährt sein Schreiben.

Die Umwelt kann sein "soziales Nein", seine Ablehnung der Zwänge und Ungerechtigkeiten, die ihn zeitlebens trafen, nicht ertragen. Er hat sich zu sehr außerhalb der bürgerlichen Vernunft gestellt, die gelegentliches Leid mit geduldiger Fassung zu tragen empfiehlt. Daß Herr K. die "Grenzen der Vernunft der Arbeit" (DÖRNER 1969) überschreitet, führt

schließlich zu seiner Ausgrenzung durch die Gesellschaft:
"Alle sagen zu meiner Frau, der Kerl ist verrückt, weil ich doch 3 Jahre dem Beruf nicht nachgekommen bin." Schon bei einem früheren Patienten (Beispiel 9) hatten wir eine Gleichsetzung von Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsunwilligkeit mit psychischer Krankheit erlebt. Die Gesellschaft fordert das Einfügen ihrer Mitglieder, fordert, daß sie ihr dienen. Herr K. stellt diese Forderung auf den Kopf. Er hat in seinem Leben soviel gelitten, daß er den Spieß umdreht und von der Gesellschaft verlangt, daß sie ihm dient. Nach seiner Meinung ist das sein gutes Recht. Er leitet es her aus all den Kränkungen der Vergangenheit. In einer großen Rückschau faßt er zusammen: "Die Gesellschaft, in der ich lebe, hat viel Wiedergutmachung an mir zu leisten. Die hat wiedergutzumachen:

- Ich habe 8 Tage Bau gehabt wegen einem Juden bei der SS.
- Ich war eingezogen bei der SS, angeblich freiwillig.
- Zu Hause waren die Frommen, wer gibt denen das Recht, die Uniform nicht anzuziehen?
- Die Jahre nach dem 1. Weltkrieg, die Ausläufer, wo ich geboren bin.
- Die Priester reden den Weibern die Kinder in die Bäuche. (In seiner zweiten Ehe kam es zu unerwünschten Schwangerschaften, mitverschuldet durch das Pillenverbot.)
- Die Vergewaltigung der Russin an mir. Das hat mir lange meine Würde als angehender Mann genommen. (Zwang zu Cunnilingus in Kriegsgefangenschaft.)
- Daß uns nach dem Krieg nur der Bau blieb. Wir waren gut genug, Maurer zu lernen.
- Daß die Frommen die Weiber in die Beichtstühle schleifen. Man meint, die hätten eine Antenne, wenn die Frauen die Regel nicht mehr haben.
- Das verlogene Verhalten der jungen Politiker in der CDU.
- Die Pfründenwirtschaft und die Korruption und noch einiges mehr."

Wir erkennen die Externalisierung als Merkmal des Verhaltens zur Umwelt. Alle Schwierigkeiten werden in die Umgebung ver-

lagert. Stets ist sie verantwortlich für Unrecht, Kränkungen, Härten und Leid, das ihm zugefügt wird. Eigene Verantwortlichkeit wird nie in Erwägung gezogen.

Das durch solche Anklagen gekennzeichnete Bild des Herrn K., Ergebnis einer querulatorischen Entwicklung, läßt sich nur in einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise verstehen. Schon in manche Züge der Familiengeschichte scheint sein Zustand eingebettet, auch in seine Charakterstruktur und vor allem in seine Lebensgeschichte. Seine jetzige Situation scheint sich mit beinahe zwingender Konsequenz aus dem Lebensschicksal zu ergeben. Als weicher, empfindsamer, phantasiervoller und begabter Knabe entwickelt er sich unter den Schlägen eines immer wieder traumatisierenden, gefährlichen Anlagen aktualisierenden Lebens bis hin zu seinem jetzigen Zustand, der von der Kränkung seines starr gewordenen Gerechtigkeitsgefühls geprägt wird und von der haßvollen Auflehnung gegen lange getragene Lasten. Glücklicherweise bleibt es beim Schreiben als Handlungersatz. Der fanatische Gerechtigkeits Sinn konkretisiert sich nur in der anklagenden Feder.

Herr K. hat jetzt den Stein des Sisyphos - sich immer wieder in die Pflicht einer ungerechten Umwelt zu stellen - abgeworfen. Er sagt sein "soziales Nein", setzt sich in sein Gartenhäuschen und tut, was ihm paßt und wozu es ihn drängt, er schreibt.

Damit weicht er soweit von den "normalen" Handlungsnormen ab, daß die Umwelt ihn nicht mehr integriert, sondern als verrückt ansieht. Dieser Status stellt die Ordnung wieder her, ihm liegt das Empfinden zugrunde: "Wer sich so aufregt über sein Unrecht, wer nicht arbeitet und tut, was ihm paßt, der muß verrückt sein."

Herr K. zeigt in seiner querulatorischen Entwicklung besondere Denk- und Verhaltensweisen zu Krankheit und Klinikauf-

nahme, die sich erheblich von denen der anderen Patienten unterscheiden. Er befindet sich im Konflikt mit der Umwelt. Schon die Bezeichnung Krankheit beinhaltet eine Stellungnahme, wesentlich ist sein Uneinssein mit den Normen und Verhaltensweisen der Umgebung aufgrund seines exzessiven Gerechtigkeitssinnes gepaart mit Vitalität und Geltungsansprüchen.

In deutlichem Kontrast steht er zu den anfangs geschilderten Haltungen der ängstlichen Abwehr psychischer Krankheit (die von Konfliktmeidung gekennzeichnet ist), ebenso der Unterwerfung und Anpassung. Eine gewisse Ähnlichkeit besteht zum manischen Verhalten in der Frage der Beurteilung seines Zustandes, insofern, als er die Krankheit leugnet. Beim rein manischen Patienten geschieht dies aus dem - realitätsverkenne-nden - Gefühl der Hochstimmung heraus. Beim Patienten Herrn M., Beispiel 14 (maniforme Schizophrenie), deutete sich schon an, wie Konfliktstoff mit dem Vater dazu diente, den Klinikaufenthalt zu erklären. Dennoch überwog eindeutig das hochgestimmte, optimistische Gefühl des Einklanges mit der Umwelt unter Verkenneung realer Schwierigkeiten.

Bei der querulatorischen Entwicklung dagegen kommt es zur kämpferischen Annahme des Konfliktes. Der Zustand des Zerfallenseins mit der Umwelt, des Herausfallens aus dem sozialen Ordnungs- und Sinngefüge wird nicht - wie bei den meisten psychisch Kranken - ängstlich und schuldbewußt erlebt, mit Anpassung, Abwehr, Unterwerfung. Stattdessen werden die Konflikte aufgegriffen und geraten in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns, ohne Ausblenden, Banalisieren, Beschönigen, Individualisieren oder Internalisieren. Im Kampf mit der Umwelt erfolgt - dies ist völlig untypisch für psychische Krankheit, wie sie bisher geschildert wurde - maßloses Externalisieren aller Schuld und Verantwortung in die kränkende Umgebung. Charakterzüge und Anlage führen zwar zur Überzeichnung, dennoch bleibt es ein wesentliches Merkmal seiner Haltung, daß seine Konflikte und Klagen anknüpfen an tatsächliche und vermeintliche Kränkungen und Ungerechtigkeiten.

Interessant ist das Phänomen, daß die Denk- und Verhaltensweisen der querulatorischen Entwicklung in der Umgebung deutliche ablehnende Affekte hervorrufen. Dies kann an der ungewohnten Kraft und Beharrlichkeit der übersteigerten Kritik liegen. Ein weiterer Grund für die negativen Affekte mag aber sein, daß die querulatorische Kritik - was ihre eindeutige Deklaration und Erledigung als psychische Krankheit erschwert - festgemacht wird an tatsächlich schwachen Stellen und Fehlern in der sozialen Umwelt. Deshalb rührt die Kritik an eigene Schuldgefühle, Ängste und Aggressionen der Umgebung. Herr K. ist eben mit vielem, was er fordert und kritisiert, tendenziell im Recht, nur sind seine Ansprüche an die Gesellschaft der Exzeß einer Tugend, des Gerechtigkeitssinnes, und darum in der sozialen Realität unerfüllbar.

Wegen seiner starren Haltung, seiner maßlosen Anklagen, seiner geltungsbedürftigen Selbstbezogenheit, aber auch wegen seines beständigen Anrührens an Unrecht und Mißstände wird er von der Gesellschaft schließlich nicht mehr ertragen und der Psychiatrie anvertraut. Bemerkenswerterweise fürchtet auch sie solche "Kranken", in der Regel werden sie gar nicht in die Klinik aufgenommen. Es bleibt zu überlegen, ob die gemeinsame Ablehnung dieser "Kranken" durch Gesellschaft und Psychiatrie neben den schon angeführten Gründen nicht auch deswegen erfolgt, weil ihre Haltung so anders ist, vor allem viel weniger ängstlich und angepaßt, als die der übrigen psychisch Kranken. Zum Bild psychischer Krankheit gehören offenbar die bisher geschilderten Denk- und Verhaltensweisen zur Krankheit und ihren Ursachen, so daß die querulatorische Entwicklung gerade wegen ihres Kontrastes hierzu so schwer erträglich wird, besonders was die kraftvolle Externalisierung in der Ursachenfrage angeht.

Eine Gemeinsamkeit mit den anderen psychisch Kranken bleibt jedoch erhalten. Dadurch, daß die von Herrn K. gewählte Form der Konfliktaustragung einerseits jedes einfühlbare Maß über-

schreitet und andererseits sich auf dem Papier erschöpft, bleibt sein Kampf gegen das "Unrecht" eine Scheinauseinandersetzung. Das Hauptmerkmal für das Verhältnis psychisch Kranker zu ihrer Umwelt, das Scheitern in der Konfliktbewältigung, zeichnet auch ihn aus.

6.Kapitel: Zur Stellung psychischer Krankheit und Tendenz zur Konfliktflucht

Bei der Analyse der Denk- und Verhaltensweisen zu psychischer Krankheit und ihren Ursachen haben sich neben den bisher herausgearbeiteten Haltungen zwei Themenkreise als besonders wichtig für das Selbstverständnis der Patienten herausgestellt. Sie betreffen zum einen die Diskriminierung psychischer Krankheit und psychisch Kranker, zum anderen die Neigung, die bewußte Auseinandersetzung mit Konflikten zu vermeiden. Beides soll, wenn es auch in der bisherigen Darstellung schon enthalten war, wegen der Bedeutung für das Selbstverständnis der Patienten noch einmal aus den Gesprächen belegt werden.

1) Zur Stellung psychischer Krankheit und psychisch Kranker

Die Einstellung der psychiatrischen Patienten zu ihrer Krankheit wird mitbestimmt durch die gesellschaftliche Beurteilung psychischer Krankheit. Daß psychisches Kranksein keinen hohen sozialen Wert hat und eher seinen Träger diskriminiert, ist bekannt. In den Gesprächen mit den Patienten fanden sich viele Hinweise für die gesellschaftliche Geringschätzung psychischer Krankheit und die Not der davon betroffenen Kranken.

Schon in den Bezeichnungen psychiatrischer Kliniken und Anstalten drückt sich die Abwertung psychischer Krankheit aus, z.B. Irrenanstalt, Klapsmühle, Idiotenhügel. Nicht nur Kinder benutzen sie zum Verspotten, auch bei den Patienten und

ihrer Umgebung ruft die Nennung psychiatrischer Kliniken und Anstalten negative Gefühle hervor. Von diesen Institutionen wird, im Gegensatz zu anderen medizinischen Einrichtungen, insbesondere Schlechtes erwartet: "Mein Schwager hat gesagt, wenn Du erst nach Bau 28 (volkstümlich bekannte Bezeichnung für Neuropsychiatrische Klinik Mainz) kommst, kommst Du schlechter wieder heraus, als Du hereingekommen bist." Oder über ein benachbartes Landeskrankenhaus (Alzey): "Wenn man den Namen schon hört, da geh' ich nicht hin, das ist ja eine Irrenanstalt."

Genießen schon psychiatrische Kliniken und Anstalten einen schlechten Ruf, so geht es ihren Patienten nicht besser. Sie werden nicht verstanden, finden weniger Mitleid und ernten eher Vorwürfe als andere Kranke. Wesentlich ist, daß psychische Krankheit offenbar nicht den gleichen selbstverständlichen Schutz der Krankenrolle bereitstellt wie somatische Erkrankungen: "Meistens werden Sie ja, ich hab's an mir selbst erlebt, als eingebildete Kranke angesehen von der Außenwelt: 'Wieso, der kann doch laufen, der kann doch sprechen, also wieso tut der nichts, das ist doch ein Faulenzer!'" Der unvollständige Schutz der psychiatrischen Krankenrolle bringt es mit sich, daß die Patienten unsicher werden in ihrer Selbsteinschätzung, ob sie denn nun krank sind oder nicht. Aus dieser Unsicherheit resultieren ein schlechtes Gewissen und der Wunsch nach der Geborgenheit und dem selbstverständlichen Schutz, den eine somatische Krankheit bietet: Eine Patientin schämt sich, "weil, ich weiß nicht, wo das herkommt, und die Leute wissen nicht, wo das herkommt, und die Leute können es nicht verstehen." Ob sie denn nun krank sei? "Nein, das wüßte ich nicht, nur das Nervliche, aber so bin ich nicht krank. Da kann einem praktisch niemand helfen. Die Außenstehenden sagen nur einfach: 'Reiß Dich zusammen, das geht doch nicht, das gibt's doch nicht!' Ein Beinbruch, da wüßte man, das heilt nach ein paar Wochen wieder." Immer wieder äußert sich die Sehnsucht nach einer unmißverständlich körperlichen Erkrankung: "Es wäre besser, ich hätte mir

einen Fuß gebrochen oder so." Eine Patientin erinnert sich geradezu wehmütig an ihre schweren Körperkrankheiten: "Wenn man richtig krank ist, da kann ich ein Liedchen singen, ich hatte eine Blasenoperation, eine Nierenoperation, eine Unterleibsoperation!"

Das schlechte Ansehen psychischer Krankheit führt dazu, daß von den Patienten der psychiatrischen Klinik ein Teil versucht, für sich selbst einen besseren Status zu erringen, eben den eines nicht-psychisch Kranken, und die "wirklich psychisch Kranken" zu verachten. Durch Deklassierung anderer soll eine Selbstwertstabilisierung erreicht werden. Dies kann plump geschehen, durch deutliches Schneiden der psychisch Kranken auf Station - als die "Doofen" - durch anscheinend somatisch Kranke, z.B. Konversionsneurotiker. Dies Klassenbewußtsein kann aber auch in versteckterer Form geäußert werden. So betont ein Patient, um seinen Status als somatisch Kranker hervorzuheben, daß er in den letzten 18 Jahren kein Quartal ohne Krankenschein überstanden habe. Er macht sich auch Gedanken über die Unterschiede zwischen geistig und körperlich Kranken, um sich so seiner Höherwertigkeit zu versichern: "Ich kenne meine Krankheit ja auch, die hebt sich wesentlich von anderen Patienten ab. Es sind meistens Gemütskranke, die nicht richtig denken können, oder Alkoholiker. Vielleicht ist es auch seelisch bedingt, ich weiß es ja nicht." Dies sagt er mit so abfälliger Betonung, daß seine negative Beurteilung eindeutig ist. Dann nennt er die wesentliche Qualität, die ihn zum somatisch Kranken erhebt: "Die Leute haben keine Schmerzen, keinen Luftmangel, die leiden nicht. Meine Krankheit hebt sich durch Schmerzen ab, sie (die anderen Patienten) sind nur nervlich krank." Eine ganze Reihe von Patienten übt solch Klassendenken, um sich als eigentlich fehl am Platze in einer psychiatrischen Klinik darzustellen: "Ich bin auch kein Psychopath. Für mich war das fürchterlich, da oben im Saal aufzuwachen. Das Einzige, was ich brauche, ist Ruhe, Erholung. Psychische Krankheit liegt auf keinen Fall vor." Benutzte der vorige Patient

die Somatisierung, um sich von psychisch Kranken zu unterscheiden, so wendet dieser die Methode der Leugnung seiner psychischen Störung an, um dem Makel von psychischer Krankheit oder gar Psychopathie zu entgehen.

Die alkoholkranken Patienten entwickeln ebenfalls ein ausgeprägtes Klassenbewußtsein, mit dem sie sich von anderen Patienten unterscheiden wollen. Die folgende Patientin drückt es etwas indirekt aus, indem sie über ihre Mitpatienten sagt: "Die sind alles arme Menschen, wenn man die so sieht." Sie läßt damit durchblicken, daß sie selbst nicht so arm dran sei. "Der eine erzählt dies, der andere erzählt das, was ich nicht tu," distanziert sie sich vorsichtig, um dann zu mißbilligen: "Ob die sich wichtig damit tun wollen? Damit erreiche ich nichts!"

Das Unverständnis, auf das psychische Krankheit in der Umgebung stößt, wird von den Patienten besonders schmerzlich empfunden, weil sie eigentlich ein starkes Bedürfnis nach Aussprache und Zuspruch haben. Diese werden, wenn sie erreichbar sind, als sehr hilfreich empfunden: "Wenn ich mich mit jemandem gut unterhalten kann, dann geht es mir besser. Die Verkrampfungen und die innere Unruhe, das löst sich." So und ähnlich erzählen viele Patienten. Meistens werden sie jedoch, weil Verständnis für psychische Krankheit fehlt, enttäuscht: "Wenn ich meiner Schwiegermutter begreiflich machen will, wie das ist, dann kann sie gar nicht verstehen, wie das ist. Da wird es bei mir noch schlimmer."

Allerdings passiert es den Patienten nicht nur in ihrer täglichen Umgebung, daß ihnen ein anteilnehmendes Gespräch versagt wird, sondern auch bei Ärzten, sogar in der psychiatrischen Klinik. Eine Patientin schildert ihre mitmenschlichen Erfahrungen: "Ich habe versucht, mich durch Gespräch zu entlasten, zu befreien, mit meiner Schwägerin, meiner Schwiegermutter, aber wenn das Gespräch nicht ankommt...." Sie dachte dann: "Vielleicht kann ich mich mal mit einem Arzt

aussprechen, daß ich das loskriege." Stattdessen kam sie in den Saal: "Als ich mich hier eingesperrt sah, war ich ganz fertig." Ihr wird nur medikamentöse Hilfe geboten, die aber ihren Nöten nicht gerecht wird: "Ich hab' schon soviel Tabletten geschluckt, und ich muß mich nachher von den Tabletten wieder befreien. Im Moment beruhigt es mich, und nachher bin ich wieder da mit meinen Problemen."

Mit diesen Zitaten sollten einige ungünstige Einflüsse auf die Situation psychisch Kranker belegt werden. Die Anstalten haben einen schlechten Ruf, es gilt als Schande, dorthin zu kommen. Die Umgebung der Patienten begegnet psychischer Krankheit mit Unverständnis und Mißbilligung. Der Wunsch nach verständnisvollem Gespräch, das zumindest eine augenblickliche Entlastung bringen kann, wird meist nicht erfüllt. Der Schutz der psychiatrischen Krankenrolle ist unvollständig, somatische Krankheit gilt mehr. Selbst in der psychiatrischen Klinik wird psychische Krankheit deklariert.

Auf solche Einflüsse muß man sich einstellen, wenn man das Selbstverständnis und die Ursachenvorstellungen psychiatrisch Kranker untersucht.

2) Tendenz zum Ausweichen vor Konflikten und "Fluchthelfer"

Immer wieder wurde in den Fallstudien sichtbar, wie die Haltung der Patienten gegenüber der Krankheit von dem meist ängstlichen Bemühen geleitet wird, Konflikte und Spannungen aus ihren Gedanken zu bannen. Dies schlägt sich in den Ursachenvorstellungen nieder. Die dabei angewandten Abwehrmethoden (Nicht-wahr-haben-Wollen psychischer Krankheit, Somatisieren, Banalisieren, Ausblenden) und die Unterwerfungsmethoden (Internalisierung von Schuld, Individualisierung von Konflikten) sowie die Anpassungshaltung (Übernahme und folgenlose Kenntnis medizinischer Ursachenvorstellungen) wurden geschildert.

Wenn es den Patienten nicht gelingt, mit den beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen als psychischen Methoden vor ihren Konflikten zu fliehen, so werden häufig pharmakologische Hilfen benutzt, um die "Konfliktflucht" zu erleichtern, auch wenn dies nur zu einer Betäubung führt. Solche "Fluchthelfer" sind insbesondere der Alkohol, aber auch Analgetika, Stimulantien, Tranquilizer und Halluzinogene.

Beispiel 16: Frau I. ist 30 Jahre alt und wurde aus einem internen Krankenhaus, wo sie wegen Gastroenteritis behandelt werden sollte, mit einem Entzugsdelir in die psychiatrische Klinik verlegt. Zunächst versucht sie, den Alkoholgenuß zu bagatellisieren, sie könne ja jederzeit aufhören. Er sei zur Gewohnheit geworden, nachdem eine Ärztin ihr geraten habe, vor dem Schlafengehen ein Fläschchen Bier zu trinken. Daraus sei dann eben etwas mehr geworden: "Wenn man gern trinkt, findet man immer einen Entschuldigungsgrund. Irgendwo hat es immer gezipft, so daß man trinken mußte."

Bei der Besprechung der Familiensituation stellt sich eine starke Bindung an den Ehemann heraus: "Mein Mann bedeutet mir alles. (...) Er ist so perfekt. Wenn man selber so eine Niete dagegen ist...." Der Mann ist beruflich häufig unterwegs, worunter die Patientin sehr leidet. Dies verschweigt sie ihm jedoch: "Mein Mann darf gar nicht wissen, daß mir das Alleinsein soviel ausmacht." Die starke Bindung an den Ehemann hat den Charakter einer infantilen Abhängigkeit, die sie auch ausagiert: "Mein Mann sagt immer, ich bin im Babyalter steckengeblieben. Schon wie ich rede, so in der Kindersprache. So bin ich wirklich." Die neurotische Bindung an den Ehemann - einmal spricht sie in einer Fehlleistung von "Vater" - führt zu großen Verlustängsten, wenn er einmal nicht da ist: "Wenn jetzt meinem Mann etwas zustößt, bleibt mir nichts, als mir das Leben zu nehmen." Gegen solche infantile Angst des Verlierens und Verlassenseins hilft ihr dann der Alkohol: "Alkohol hat das triste Leben etwas leichter gemacht." Alkohol und Ehemann erfüllen die gleiche

Funktion der Beruhigung und des Schutzes vor dem Gefühl der Verlassenheit, das seinen Ursprung in neurotisierenden Kindheitserlebnissen hat, die hier nicht näher ausgeführt werden. Die Patientin spricht direkt aus, wie sich Alkohol und Ehemann in der Funktion der Beruhigung gegenseitig vertreten: "Wenn mein Mann da ist, dann brauche ich nicht zu trinken. Der ist für mich wie Alkohol, so beruhigend! Wenn mein Mann da ist, dann trinke ich nicht. Er strahlt für mich so eine Ruhe, eine Geborgenheit aus, das ist genau das, was ich brauche." Ist der Mann nicht da, so tritt die Angst vor dem Verlust wieder hervor, auch andere konfliktbeladene Gedanken steigen auf: "Wissen Sie, ich hatte zuviel Zeit zum Nachdenken, über meine Mutter, über die Kindheit." Diesen konfliktreichen Gedanken ist sie nicht gewachsen, ihnen kann sie - wenn der Mann (er ist so beruhigend, wie Alkohol) fehlt - nur entgehen, indem sie trinkt. Alkohol erleichtert die Flucht vor ängstigenden Gedanken.

Beispiel 17: Frau N. ist 55 Jahre alt und zum wiederholten Male wegen Alkoholismus in der Klinik. Zur Krankheit befragt, versucht sie zunächst in typischer Weise, den Alkohol hinter somatischen Begleiterscheinungen der Sucht zurücktreten zu lassen. So berichtet sie von Gewichtsverlust, Bauchschmerzen, Zittern, Nervosität und Magenbeschwerden, gegen die sie Unterberg benötige. Die Patientin kennt jedoch die Ursachen ihres Alkoholtrinkens und berichtet davon, ohne daß größere Widerstände, wie z.B. die Bagatellisierungstendenzen anderer Alkoholiker, zu überwinden sind. Wenn sie trinkt, so sind die Ursachen "seelisch, da denkt man immer dran, das kommt immer wieder." Ruhig und einsichtig schildert sie: "Ich denke viel an die schöne Zeit mit meinem verstorbenen Mann. Vorher habe ich nicht getrunken. (...) Damit hängt das Trinken zusammen. Das gibt doch immer im Leben einen Punkt, den man nicht vergessen kann." Für sie ist dieser schmerzliche Punkt der Tod des ersten Mannes, der eine Zeit glücklichen Zusammenlebens beendete. Diesen Verlust hat sie nicht richtig verwunden. Die Gedanken daran zu mildern, dazu dient der Alkohol: "Und wenn ich dann so 3 bis 4 Kognaks getrunken hab'

und ein Glas Bier, dann hat man nicht so viel daran gedacht, dann nahm man alles viel leichter, man hat nicht so viel simuliert, man hat halt Vergessen gesucht." Allerdings hält dieses Harmonisieren der Gegenwart durch Vergessen der Trauer nie lange vor: "Am nächsten Tag war es doch wieder dasselbe." Diese Patientin kennt Ursache und Funktion ihres Alkoholtrinkens. Er hilft ihr, vor trauriger Erinnerung und der mangelhaften Verarbeitung des Verlustes zu fliehen.

Beispiel 18: Der schon in Kapitel 2 (S.48) erwähnte 22jährige Herr W. (Sohn eines amerikanischen farbigen Besatzungssoldaten und einer ledigen deutschen Mutter; Alkoholhalluzinose) steckt voller Schwierigkeiten, deren Verknüpfung mit Lebensschicksal und Umwelt schon früher analysiert wurde. Auch bei ihm hat Alkohol die Funktion eines "Fluchthelfers". Über sein Selbstwertgefühl erfahren wir: "Erstens mal hat mich alles angekotzt, zweitens hab' ich mich selbst angekotzt, drittens hab' ich zu überhaupt nichts mehr Interesse. Mir hat jedes Ziel gefehlt, jede Zielstrebigkeit, da hab' ich mich gehen lassen. Es hat nichts mehr geklappt an mir." Der Alkohol muß ihm über selbstunsichere Gedanken hinweghelfen: "Irgendwann kommt man mal auf Gedanken, und da sieht man: 'Was bist Du eigentlich? Gar nix. Eine ganz kleine Null. So'n Zacken am kleinsten Rädchen im Getriebe.' Wenn man dann so'n Glas Bier oder so vor sich hat, und dann das Denken, an gar nichts denken, das ist das Schönste." Das Glas Bier - erheblich mehr sind es gewesen, die zur Alkoholhalluzinose geführt haben - hilft ihm also, den Gedanken über die innere Leere und Sinnlosigkeit seines Lebens zu entgehen. Daß dahinter Konflikte und Minderwertigkeitsgefühle stehen, war schon gezeigt worden. Auch hier dient der Alkohol zur Flucht.

Beispiel 19: Das 15 Jahre alte Fräulein E. war von den ratlosen Eltern in die Klinik gebracht worden, weil sie keinen anderen Ausweg aus den Erziehungsproblemen mehr wußten. Sie ist seit 2 Jahren dem elterlichen Einfluß mehr und mehr entglitten, mußte wegen Rauschgiftmißbrauchs die Schule verlassen, war in Internaten und Erziehungsheimen, aus denen

sie ebenso ausdrückte wie aus psychotherapeutischer Behandlung. In ihrer Biographie sind viele Elemente enthalten, die sich zum neurosenpsychologischen Verständnis ihres Verhaltens anbieten. Hier soll nur auf den Hang zum Ausweichen vor Konflikten mit Hilfe des Rauschgiftes eingegangen werden. Es erfüllt bei dieser Patientin die gleiche Funktion der Flucht und der Harmonisierung einer problematischen Gegenwart wie der Alkohol bei den vorher geschilderten Patienten.

Auch sie kennt ihre Neigung, Problemen auszuweichen: "Ich bin überhaupt ziemlich feige. Ich hab' 'ne große Klappe, und wenn es darauf ankommt, dann mache ich einen Rückzieher. (...) Ich versuch', vor sämtlichen Problemen zu flüchten. Ich hab' schon ein paarmal versucht, meine Probleme zu lösen, aber meistens klappt's nicht, deswegen versuche ich es erst recht nicht mehr." Oft besteht das "vor Problemen flüchten" in konkretem Weglaufen aus dem Elternhaus oder der Institution, der sie gerade anvertraut ist. Sie hat aber neben dem konkreten Fluchtweg auch den geistigen zur Verfügung. Irgendwann hat sie in einer konfliktreichen Zeit Kontakt zu Drogen bekommen: "Ich hab' 'ne Zeitlang Drogen genommen. Anfangs Haschisch. Einfach so, aus Neugierde." Dabei stellte sich dann als verführerischer Effekt, ähnlich wie beim Alkohol, heraus: "Dann habe ich festgestellt, daß man mit Haschisch seine Probleme überbrücken kann, da habe ich es immer wieder genommen." Ihrer Neigung, sich Schwierigkeiten und Belastungen durch Flucht zu entziehen, kam das Rauschgift entgegen. Zwar hat das Mittel gewechselt, nach Haschisch und Meskalin "bin ich bei LSD gelandet und geblieben," aber die Funktion blieb die gleiche: auf Trip gehen, um wenigstens für die 18 Stunden, die er dauert, den Konflikten zu entgehen.

Dort, wo Patienten Alkohol oder andere Mittel benutzen, um der Beschäftigung mit ihren Konflikten zu entgehen, wird diese Tendenz psychisch Kranker besonders auffällig. Wir haben jedoch gesehen, daß die anderen Denk- und Verhaltensweisen gegenüber psychischer Krankheit, wenn auch in subtilerer Form, eine ähnliche Funktion erfüllen.

Nachbemerkung:

Es ist erstaunlich, wie inhaltsreich sich die mit den Patienten geführten Gespräche erwiesen haben, wenn man berücksichtigt, daß es sich um unausgelesene Patienten handelt, die keineswegs aus den "gebildeten Schichten" stammen. Ihnen gelang es in hohem Maße, über sich selbst zu reflektieren und ihre Gedanken zu verbalisieren - Leistungen, die man gemeinhin nur Patienten aus der sozialen Mittel- und Oberschicht zutraut. Allerdings werden die Äußerungen aus den Gesprächen für den Leser der Mittel- und Oberschicht erst verständlich, wenn sie in einen interpretativen Zusammenhang gestellt werden.

Vorurteile gegen psychiatrische Patienten mit geringerem Bildungsgrad werden mit dieser Erfahrung Lügen gestraft. Ihnen mangelt es nicht an Empfindungs- und Ausdrucksfähigkeit, dagegen fehlt den aus gebildeten Schichten stammenden Gesprächspartnern dieser Patienten oft die notwendige Sensibilität und Einfühlungsgebe oder -bereitschaft, um die inhaltlich reichen Äußerungen der sogenannten "einfach strukturierten" Patienten zu verstehen.

TEIL D

Synthese der Untersuchungsergebnisse

I. Einleitung

Um einen Rahmen für die Interpretation der erhaltenen Ergebnisse abzustecken, sollen einige wesentliche Merkmale der Situation psychisch Kranker in unserer Gesellschaft zusammengefaßt werden.

Krankheit ist schon allgemein oft mit Gefühlen von Angst, Sorge und Unsicherheit verbunden. Dies trifft, wie wir gesehen haben, in besonderem Maße für den psychiatrisch Kranken zu, der ja weniger in seinem körperlichen Befinden gestört ist, sondern der vielmehr leidet an seinem Herausfallen aus der sozialen Ordnung, in die alle eingebettet sind, und der in Widerspruch geraten ist zu den allgemein gültigen Sinnzusammenhängen. Für ihn gilt nichts mehr wie früher, und je unsicherer er wird in seinen Beziehungen zur Umwelt, in der er sich nicht mehr geborgen fühlt, und zu sich selbst, den er nicht mehr versteht, desto mehr gerät er, dem alles ins Wanken kam, in Angst.

Angst, Sorge und Unsicherheit entstehen aber auch in der Umgebung, die mit dem psychischen Anderswerden eines Mitmenschen konfrontiert wird. Sie erkennt sich an ihm als potentiell selbst gefährdet und erfährt mit Staunen oder Schrecken die bedrohliche Existenzmöglichkeit eines Individuums, das nicht den bisher gültigen Lebensgewisheiten unterworfen ist.

Mit der Angst, die stets zum Umfeld von Geisteskrankheiten gehört, wird die Umwelt in der Regel besser fertig als der Kranke. Dabei dominieren, wie überall, wo Angst auftritt, zwei Arten der Angstbewältigung, die auch für unseren Zusammenhang wichtig sind: die Aggression und die Flucht (Her-

stellen einer Distanz zum angsterregenden Agens). Die Distanz wird erreicht durch Isolieren der psychiatrisch Kranken in möglichst geschlossenen und weit vom täglichen Umgang entfernten Anstalten. (Die "Ausgrenzung" der Irren als Personen, die "sich außerhalb der Grenzen der Vernunft der Arbeit und des Anstandes" stellen, wird ausführlich bei FOUCAULT (1961) und DÖRNER (1969) geschildert.) Die Aggression als zweite Methode der Angstbewältigung äußerte sich früher deutlicher, z.B. in brutalen Behandlungsmethoden als "therapeutische Aggression" (MITSCHERLICH 1957), oder auch in den Durchbrüchen aggressiven Vernichtungswillens bei der Beseitigung "lebensunwerten Lebens", als während der Nazizeit 100 000 psychisch Kranke getötet wurden. Auch heute noch lassen sich im täglichen Leben die mehr oder weniger subtilen Formen von Aggression und Distanzierung zur Bewältigung der Angst, die mit psychischer Krankheit verknüpft ist, erkennen: so z.B. im Totschweigen der Peinlichkeit, daß in einer Familie psychische Krankheit aufgetreten ist, im Gebrauch von Eigenschafts- und Verhaltensbegriffen, die eigentlich psychopathologische Zustandsbilder charakterisieren, als Schimpfwörter, in vielerlei Methoden der Kaschierung oder Diskriminierung psychischer Störungen in der Öffentlichkeit, selbst unter Ärzten und im akademischen Unterricht.

All dies trägt dazu bei, ein Individuum, das durch seine psychische Krankheit aus dem Ordnungs- und Sinngefüge der Umwelt herausgefallen ist, in seinem Selbstverständnis und in seiner sozialen Stellung zu schwächen. Der psychisch Kranke ist ein verunsicherter Mensch, bei dem die Gefühle der Geborgenheit und des Vertrauens erschüttert sind. Über das Erleben, anders zu sein als die als normal geltende Umwelt, die dazu noch offen oder unterschwellig aggressiv reagiert, entsteht ein Gefühl von Versagen und Schuld.

Diese Gedankengänge sind wichtig als atmosphärischer Hintergrund, vor dem ich mit den Patienten umgehe und vor dem sich ihr Selbstverständnis entwickelt. Erst vor diesem Hintergrund

lassen sich die einzelnen Ergebnisse der Analyse in einen Zusammenhang bringen.

II. Zusammenfassung der Analyse

In den Fallstudien wurde gezeigt, daß sich das Verhalten der Patienten, ihre Sicht der Krankheit und ihre Ursachenvorstellungen verstehen lassen, wenn man sie als Versuch zur Bewältigung der neuen Situation als Patienten einer psychiatrischen Klinik auffaßt. Diese Situation ist gekennzeichnet durch Ängste, die schon vorher mit der sich anbahnenden Krankheit verbunden waren, die aber zur Zeit der Einlieferung in die Klinik (oft Ausgrenzung als subtile Form der Aggression) eine kritische Phase erreichen, in der die Patienten charakteristische Denk- und Verhaltensweisen entwickeln. Die Reaktionsweisen der Patienten sollen an dieser Stelle noch einmal prägnant herausgestellt werden, obwohl sie sich im Einzelfall vielfach durchflechten. Das übliche psychiatrische Diagnosenschema, das sogleich bestimmte Erwartungen assoziieren läßt, tritt bei der folgenden Darstellung meist in den Hintergrund. Für das Verstehen der Situation der Patienten sowie ihrer Haltung zur Krankheit und ihren Ursachen haben sich - mit Ausnahmen - die nosologischen Grenzen der behandelten Krankheitsbilder als wenig bedeutungsvoll erwiesen.

1) Abwehrhaltung

Deutlich wird eine Tendenz psychiatrisch Kranker sichtbar, die psychische Krankheit nicht wahrhaben zu wollen; ebenso werden die möglichen Ursachen- und Konfliktbereiche der Krankheit mit bestimmten Methoden der bewußten Bearbeitung entzogen. Charakteristische Methoden solchen Abwehrverhaltens sind Leugnen psychischer Krankheit, Banalisieren der Krankheit und ihrer Ursachen, Somatisieren und Ausblenden von Konflikten.

2) Unterwerfungshaltung

Hier wird die psychische Krankheit akzeptiert und intensiv, z.T. mit sehr großem Leidensdruck erlebt. Charakteristisches Verhalten ist die Internalisierung aller in der Lebenssituation bereitliegenden Problem- und Konfliktbereiche, die zu persönlicher Schuld verarbeitet werden. Oft entsteht so das Bild der Unterwerfung unter Kritik und Forderungen der Umgebung. Häufig geschieht das Internalisieren in Form wahnhaften Erlebens. Bedeutsam ist das oft mit der Internalisierung verknüpfte Phänomen, daß Probleme und Konflikte zwischen dem Patienten und seiner Umgebung als Ergebnis eigenen Fehlverhaltens bzw. eigener Charaktermängel aufgefaßt werden. Diese Individualisierung eigentlich interpersoneller und sozialer Spannungen in der Person des Patienten bewirkt eine zusätzliche Belastung der Kranken bei Entlastung der Umwelt.

3) Anpassungshaltung

Diese Patienten kennen ihre psychische Krankheit und haben Vorstellungen über die Ursachen, die den ätio-pathogenetischen Vorstellungen der Medizin ähneln. Oft bestand vorner Kontakt mit psychotherapeutischen Bemühungen, zumindest mit einschlägiger Lektüre, und die Patienten passen sich mit ihren Vorstellungen und ihrem Verhalten offenbar den erwarteten Anforderungen des medizinischen Apparates an. Freilich bleibt die Kenntnis der Ursachen der psychischen Erkrankung folgenlos, weil die Patienten sie nicht zu einer Änderung der krankmachenden Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften nutzen können.

4) Realitätsverkennung

Zwei manische Patienten weigern sich als einzige ganz konsequent, das als Realität anzuerkennen, was die Umgebung behauptet, nämlich die Krankheit. Ausgehend von ihrem subjektiven Gefühl gesteigerten Wohlbefindens leugnen sie ebenso, krank zu sein, wie sie es ablehnen, über die Ursachen der angeblichen "Krankheit" zu reflektieren. Die Tatsache des

Klinikaufenthaltes wird dabei erstaunlich bereitwillig toleriert, sie erfährt eine Umdeutung im Rahmen der manischen Stimmungsänderung.

5) Kämpferische Auflehnung

In der querulatorischen Entwicklung zeigt sich ein Verhalten zur psychischen Krankheit und ihren Ursachen, das den Rahmen der ängstlich geprägten Abwehr, Unterwerfung und Anpassung sprengt und auch von der Realitätsverkennung deutlich unterschieden ist. Es erfolgt eine kraftvolle Annahme der Konflikte. Alle Probleme der Lebenssituation werden externalisiert, die Ursachen des Zustandes, der sich durch völliges Uneinssein mit der Umgebung auszeichnet, werden alle in der Umwelt gesucht. Auf ihre Ungerechtigkeiten und Kränkungen wird mit maßloser Kritik reagiert. Allerdings wird dabei stets an tatsächliche Mißstände oder Ungerechtigkeiten angeknüpft, die selbstbezogen und übersteigert empfunden werden. Neben der Maßlosigkeit und Geltungssucht in einer solchen Haltung mag es auch der wahre Kern in der Kritik sein, der diese Ausnahmehaltung für die Umwelt so quälend macht und schließlich zur Ausgrenzung als "verrückt" führt.

Neben diesen Denk- und Verhaltensweisen gegenüber der Krankheit und ihren Ursachen heben sich zwei weitere Gesichtspunkte heraus wegen der Bedeutung für Situation und Selbstverständnis der Patienten:

6) Diskriminierung psychischer Krankheit und psychisch Kranker

Die Situation psychisch Kranker wurde am Kapitelanfang allgemein umrissen. Viele konkrete Mitteilungen der Patienten künden von ihrer Angst in einer Umwelt, die sie mit Unverständnis und Vorwürfen umgibt. Der Schutz der Krankenrolle wird psychisch Kranken nicht so selbstverständlich gewährt wie somatisch Kranken, deshalb wünschen sich auch manche der Patienten lieber eine Körperkrankheit. Es besteht ein starker, wegen des Unverständnisses der Umwelt selten erfüllter

Wunsch nach Gespräch und Anteilnahme. Die gesamtgesellschaftliche Diskriminierung psychischer Krankheit findet in der psychiatrischen Klinik eine Parallele darin, daß sich ein Teil der Patienten, so die vermeintlich körperlich Kranken, aber auch die Alkoholiker, zu distanzieren versucht von den anderen "seelisch Kranken".

7) Flucht vor Konflikten mit Hilfen

Viele psychiatrische Patienten versuchen, Probleme und Konflikte zu verharmlosen und ihrer bewußten Bearbeitung auszuweichen. Hierzu dienen viele der herausgearbeiteten Denk- und Verhaltensweisen. Gelingt solche Flucht vor den Konflikten nicht, so besteht eine Tendenz, zur Ergänzung der geschilderten psychischen Methoden pharmakologische Hilfsmittel einzusetzen. Solche "Fluchthelfer" sind insbesondere Alkohol, aber auch Tranquilizer, Stimulantien, Analgetika und Halluzinogene.

III. Motive für das Verhalten psychisch Kranker

Die charakteristischen Denk- und Verhaltensweisen, mit denen psychiatrische Patienten sich auf ihre Krankheit und auf ihre neue Situation im Krankenhaus einstellen, lassen sich zusammenfassen als Strategien zur Vermeidung bewußter Auseinandersetzung mit psychischer Krankheit. Sie stehen unter den Leitmotiven der Abwehr, der Unterwerfung und der Anpassung. Konfliktflucht erscheint als herausragendes Merkmal der verschiedenen Methoden zur Bewältigung der ängstigenden Situation. Auch die Realitätsverkennung manischer Patienten kann noch als Methode des Ausweichens vor realen Schwierigkeiten verstanden werden. Lediglich die selbstgerechte Auflehnung bei der querulatorischen Entwicklung ist frei vom Merkmal der Konfliktflucht, bedeutet allerdings ebenfalls keine realitätsangepaßte Form der Konfliktbewältigung.

Die Motive für das in den Methoden zwar verschiedenartige, in den Grundzügen aber ähnliche Verhalten der Patienten sind in den Fallstudien schon angeklungen und sollen hier noch einmal zusammengestellt werden.

1.) Soziale Diskriminierung psychischer Krankheit

Sie wurde bereits ausführlich erörtert. Allgemeine gesellschaftliche Stellung psychischer Krankheit und konkrete Behandlung der Kranken in ihrer Umwelt tragen dazu bei, daß bei allen untersuchten Patienten (mit Ausnahme der manischen Realitätsverkennung) in je verschiedener Kombination und Intensität die Gefühle von Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld entstehen. Hier liegt ein Motiv für die als Vermeidungsstrategien beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen.

2.) Soziale Nachteile

Neben den Fragen des allgemeinen Ansehens psychischer Krankheit sind es auch ganz handfeste soziale Nachteile, durch die manche Patienten zum Versuch der Abwehr und Leugnung psychischer Krankheit veranlaßt werden. So droht bei mehreren Patienten der Verlust des Arbeitsplatzes, oder es muß sogar der ganze Beruf gewechselt werden, mehrfach geht es um Scheidungsfragen und materielle Nachteile.

3.) Schwäche im sozialen Konfliktfeld

Ein weiteres Motiv für die verschiedenen Vermeidungsstrategien liegt in der immer wieder aufgezeigten Unfähigkeit der Patienten, sich im sozialen Konfliktfeld zu behaupten. Bei den Problemen und Spannungen ihrer Lebenssituation sind die psychisch Kranken allzu oft in der Position des schwächsten Gliedes. Sie umgehen die soziale Auseinandersetzung mit den verschiedenen geschilderten Methoden: Somatisieren, Banalisieren, Ausblenden, Individualisieren, Internalisieren, Anpassen. Stärkere Partner in der Umwelt lassen den schwachen Kranken nur die Vermeidungsstrategien.

4.) Intrapsychische Motive

Außer der Schwäche im sozialen Spannungsfeld sind es vor allem intrapsychische Gründe, die zu den Vermeidungsstrategien führen. In mehreren Fallstudien ließ sich beobachten, wie psychodynamische Faktoren, neurotische Mechanismen und Charakterstrukturen der Patienten ihr jeweiliges Verhalten gegenüber der Krankheit und den Ursachenvorstellungen bedingten. Bei selbstunsicherer Charakterstruktur z.B. liegt Internalisieren nahe, oder aus der Psychodynamik einer hysterischen Patientin kann sich das Ausblenden von Konflikten aus den Ursachenvorstellungen ergeben.

5.) Relevanz anderer Faktoren für die Determinierung der Einstellung zur Krankheit und ihren Ursachen

Die bisher aufgeführten Motive: soziale Situation, Psychodynamik, Charakterstruktur und neurotische Mechanismen erweisen sich als wichtigste Faktoren für die Haltung der Patienten zu ihrer Krankheit. Dies stimmt mit den Beobachtungen von BARD und DYK überein. Andere Faktoren wie Bildungsgrad, Alter, Beruf oder Geschlecht spielen offenbar für die von uns beschriebenen Verhaltens- und Denkweisen keine so wesentliche Rolle. Determinierende Funktion haben meist nicht einmal die speziellen Erkrankungen der Patienten, hier gilt allerdings die Ausnahme der manischen Realitätsverkennung und der querulatorischen Entwicklung.

6.) Krankheitsrolle und Regression

Ein besonderes Motiv für die als Vermeidung der Konfliktaustragung beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen der Patienten liegt in der engen Verquickung von Krankheit und Regression. Wenn der schwache, im sozialen Feld geängstigte psychisch Kranke in der Krankheit den Rückzug von seinen Konfliktfeldern antritt, regrediert er gleichzeitig in die Rolle des schwachen, hilfsbedürftigen, kindähnlich zu versorgenden Menschen. Oft wird dies durch die sachlich meist ungerechtfertigte Bergung im Bett gefördert, auch viele Pharmaka unterstützen die-

sen Vorgang. Die Krankenrolle, so unzureichend sie - wie gezeigt - für psychisch Kranke auch oft ist, bringt doch zunächst eine gewisse Entlastung durch Desaktualisierung der Probleme. Die Krankheitsursachen treten erst einmal in den Hintergrund. Hierzu paßt die Beobachtung, daß viele Patienten auf die Frage nach den Ursachen ihrer Krankheit eigentümlich ratlos, matt oder auch unwillig reagieren. Sie haben die Verantwortung für diese Frage delegiert. "Ja, Herr Doktor, deswegen bin ich ja gerade hier, um das zu erfahren. Das sollen Sie mir ja gerade sagen!", antwortet ein Patient auf die Ursachenfrage, fast mit einem leichten Vorwurf über die Verletzung des Rollenspiels, die darin steckt, wenn der Patient auf einmal dem Arzt etwas über die Ursachen seiner Krankheit sagen soll.

Die Kranken können und wollen offenbar nicht mit affektiver Besetzung Ursachen für ihre Krankheit benennen (mit Ausnahme der querulatorischen Entwicklung, wo dies in maßloser und realitätsunangepaßter Form geschieht). Durch diese Benennung würde ihre Regression gefährdet und auch der labile psychische Gleichgewichtszustand, den die Krankheit, bei allem Leid, bietet. Jede dezidierte Aussage zur Krankheit, jede entschiedene Stellungnahme im sozialen Bereich würde Konflikte aktualisieren, vor denen ja gerade der Rückzug in die Krankheit angetreten wurde und die mit den beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen bewältigt, bzw. gemieden werden. Lediglich die somatischen Vorstellungen über die Krankheit und ihre Ursachen sind beliebt, weil sie im sozialen Feld ungefährlich sind, die Schuldfrage zurücktreten lassen, höheres Prestige haben und die Regression eher fördern.

IV. Folgen

Die Einstellung psychiatrischer Patienten zur Krankheit und ihren Ursachen konnte dargestellt werden, ebenso die gesellschaftliche Einbettung der Krankheit und die Motive für die

Haltung der Patienten. Über die Folgen der geschilderten Denk- und Verhaltensweisen ist in den Gesprächen verständlicherweise wenig Information enthalten, da diese mit den Patienten nicht besprochen wurden und vom Verlauf der Krankheit sowie von der Therapie abhängen. Dennoch lassen sich aus der Untersuchung einige Aspekte ableiten.

Als positive Folge wurde im Zusammenhang mit der Regression die zumindest vorläufige Entlastung der Patienten vom Konfliktdruck beschrieben, eine Entlastung, in deren Dienst auch die Vermeidungsstrategien stehen. Insgesamt überwiegen aber wohl negative Folgen:

1.) Einfluß auf Lebensentscheidungen

Mit den Haltungen der Abwehr, Unterwerfung, Anpassung, Realitätsverkennung und querulatorischen Auflehnung nimmt der Patient Verbiegungen und Verschiebungen in der Sicht seiner Krankheit und ihrer Ursachen vor. Er somatisiert, banalisiert, blendet aus, Konflikte werden individualisiert, Schuld internalisiert oder maßlos externalisiert, er paßt sich an oder leugnet die Krankheit. Als Ergebnis solcher Deformierungsprozesse treten verfälschte Krankheits- und Ursachenvorstellungen in den Vordergrund: neben Unerklärlichkeit finden wir Krankheit als Ergebnis von Schuld, Krankheit als Strafe, oder die sogenannten Banalursachen: Überarbeitung, Streß, Nervosität, Nervenzusammenbruch, oder die z.T. abstrusen körperlichen Erklärungen der Krankheit: Folge von Diphtherie, Stocken des Blutflusses, Narbe an der Nase.

Die Bedeutung dieser Vorstellungen liegt zum einen in ihrer integrierenden Funktion. Sie erlauben den Patienten zunächst eine Orientierung in der neuen Situation als psychisch Kranke. Die Krankheit wird in einen - wenn auch deformierten - Begründungszusammenhang gestellt. Die Motive, die psychiatrische Patienten zu solcher - die Sicht der Krankheit deformierenden - Bewältigung ihrer Situation treiben, wurden im vorigen Abschnitt geschildert.

Die Bedeutung dieser Vorstellungen liegt aber zum anderen darin, daß sie, im Gegensatz zu den tatsächlichen, daher gemiedenen Konfliktbereichen, bewußtseinsnah sind und deshalb einen starken Einfluß auf Lebensentscheidungen der Patienten haben können. Hierbei drohen schädliche Folgen. Dies ist einer der Gründe, weshalb die Kenntnis der Krankheits- und Ursachenvorstellungen der Patienten wichtig ist. Wir sahen z.B., daß Internalisierung von Schuld die Zustimmung zur Scheidung veranlaßte, daß Somatisierung zur Verschleierung eines Krankheitsbildes führte, daß maßloses Externalisieren von Schuld zur Zerstörung der bürgerlichen Existenz führte, daß aus dem Wunsch nach einer Körperkrankheit eine sinnlose Operation folgte. Der Partner einer Patientin wollte ihr zu liebe einen Berufswechsel vornehmen, eine Entscheidung, deren Unsinnigkeit nicht erkannt wurde, weil die Lebenssituation wegen Ausblendens von Konflikten falsch gesehen wurde.

2.) Gefühlssituation in der Krankheit

Nicht nur Lebensentscheidungen werden durch die deformierten Ursachenvorstellungen beeinflusst, sondern auch die gefühlsmäßige Situation des Patienten. Der Grad der Ängstigung in der Krankheit kann verringert werden durch eine hilfreiche Beschäftigung mit den Ursachenvorstellungen der Patienten. Auch die Größe des Krankheitsfeldes oder des Lebensbereiches, der von Ängsten im Zusammenhang mit der Krankheit okkupiert ist, hängt von den Ursachenvorstellungen ab. Dies sahen wir z.B. bei dem schizophrenen Patienten (Beispiel 9, S.44), der seine Krankheit mit seiner Arbeitsunfähigkeit gleichsetzt. Sein ganzes Leben wird überschattet von der Angst und den Vorwürfen, die er sich wegen der schuldhaft erlebten Krankheit macht. ("Du willst nicht mehr arbeiten! Du bist nichts!")

3.) Arzt-Patient-Verhältnis

Weitere Folgen aus den Ursachenvorstellungen der Patienten ergeben sich, worauf schon BARD und DYK hinwiesen, für das Arzt-Patient-Verhältnis. Zum einen wird die emotionale Seite

des Arzt-Patient-Verhältnisses mitbestimmt von der Divergenz oder Kongruenz der Ursachenvorstellungen. Patienten, die aus den verschiedensten Gründen einen starken Wunsch nach Harmonie mit dem Arzt haben, werden zur Anpassungshaltung in der Beurteilung ihrer Krankheit neigen, weil sie hoffen, es so dem Arzt recht zu machen. Andererseits ist es vorstellbar, daß sich beim Patienten (und bei schlechter Selbstkontrolle auch beim Arzt) negative Affekte einstellen, wenn die Vorstellungen über die Krankheit und ihre Ursachen divergieren. Dies ließ sich besonders bei einigen Patienten mit Abwehrhaltung beobachten. Sie reagierten gelegentlich unwillig, wenn zu lange oder zu ausführlich auf eine Erörterung psychischer Ursachenbereiche gedrungen wurde. Solche negativen Affekte sind verständlich, schließlich bewirkt die Behandlung spannungsreicher Komplexe eine Entbindung von Angst. Dies kann soweit gehen, daß es bei oder nach Besprechung konfliktbeladener Themen zur Symptomprovokation kommt wie bei der Patientin mit den Herzangstanfällen.

Neben Folgen für die emotionale Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses haben die Ursachenvorstellungen der Patienten natürlich auch erheblichen Einfluß darauf, wie die Krankheit überhaupt in Erscheinung tritt und ob ihre Natur erkannt werden kann. Hat ein Patient mit seiner Abwehrhaltung gegen psychische Krankheit Erfolg, übt er konsequent z.B. die Methode des Ausblendens von Konflikten, so kann bei Arzt und Patient der Eindruck entstehen, es herrsche Konfliktfreiheit, während tatsächlich die Konflikte nur besonders wirksam verdeckt sind. Ebenso kann ein Patient, dessen Situation in der Krankheit von den Denk- und Verhaltensweisen des Internalisierens und Individualisierens bestimmt ist, dem Arzt damit den Blick für die sozialen Bedingungen der Krankheit verstellen.

Die Analyse der Ursachenvorstellungen des Patienten trägt also bei zum Verständnis des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient, der Erwartungen und der Emotionen, die damit verbunden sind.

4.) Chronifizierung und Rezidive

Die deformierten Ursachenvorstellungen der Patienten tragen zur Ausprägung und Chronifizierung bestimmter Krankheitsbilder bei. Wenn z.B. Frau C (Beispiel 1, S.26) unter Ausblenden psychischer Konflikte ihren Herzangstanfall als körperliche Krankheit ansieht, hervorgerufen vielleicht durch Diphtherie, so besteht die Gefahr, daß diese Deutung sich immer mehr einschleift. Ihre Attraktivität besteht darin, daß sie Assoziationen an psychodynamischen Konfliktstoff vermeidet. Die Somatisierung der Konflikte in einer Körperkrankheit wird in der Phantasie der Patienten abgesichert durch eine körperliche Ursachenvorstellung. Solche körperlichen Ursachenvorstellungen helfen dann wieder, den Weg dafür zu bahnen, daß bei wachsendem Konfliktdruck erneut ein Ausweichen in die "Körperkrankheit" Herzangfall erfolgt. Es besteht eine positive Beziehung zwischen der Somatisierung psychischer Konflikte und der Somatisierung in den Ursachenvorstellungen. Bleibt die Ursachenvorstellung der Patientin (daß sie eine körperliche Krankheit mit körperlichen Krankheitsursachen habe) unangegangen, so besteht die Gefahr, daß der Weg für neue Herzangstfälle gebahnt bleibt.

Deformierende Ursachenvorstellungen (mit all den geschilderten Methoden) bilden ein Glied in der Kette der Entstehungsbedingungen nicht nur für die mit Konversion oder Somatisierung einhergehenden Erkrankungen, sondern auch für andere, wohl insgesamt psychogene Störungen. Immer wenn bei steigendem Konfliktdruck das psychische Gleichgewicht ins Wanken gerät, besteht die Gefahr, daß eine einmal durchgemachte Krankheit wieder auftritt. Dies wird begünstigt durch den Schutzcharakter von Krankheit als Regression. Die psychische Krankheit erscheint als eine bestimmte Form der Konflikt-"bewältigung", für die die kaschierenden Methoden der Ursachenvorstellung eine nötige Voraussetzung bilden.

5.) Katharsis

Vorstellungen über die Ursachen ihrer Krankheit bestehen fast immer, selbst wenn dies zunächst verneint und die Krankheit als unerklärlich bezeichnet wird. Daß eine Besprechung der die wirkliche Situation verfälschenden Ursachenvorstellungen den Anstoß zu einer kathartischen Wirkung geben kann, war bei Frau T. deutlich geworden. Sie war (Beispiel 10, S.46) in der Spannungssituation des bevorstehenden Einzugs ihres abgelehnten Ehemannes in eine gemeinsame Wohnung depressiv erkrankt. Neben den anderen bisher geschilderten negativen Folgen hätte ein Bestehenlassen der deformierenden Ursachenvorstellungen zur Folge, daß die Chance einer kathartischen Wirkung nicht genutzt würde. Natürlich ist solche Ursachenerörterung, die teilweise in einem Rückgängigmachen der verfälschenden Methoden der Ursachensicht besteht, kein sicheres Mittel zur Beseitigung der Krankheit. Die Patienten mit Anpassung und "folgenloser Kenntnis" ihrer Krankheit künden vom Scheitern solcher Ursachenerörterung.

6.) Ungerechte Schuldverteilung

Als weitere negative Folge der Haltung zu psychischer Krankheit und ihren Ursachen muß die ungerechte Verteilung von Schuld genannt werden, die oft mit der unkorrigierten Ursachensicht der Patienten (und ihrer Umgebung) verbunden ist. Selten ist die selbstgerechte Entlastung von Schuld durch Externalisierung, wie in Beispiel 15. Gewöhnlich führt die Haltung des Kranken zur Selbstbelastung. Bei Frau N. (Beispiel 8, S.39) hatte sich gezeigt, wie die Familie sich bei der Internalisierung von Schuld durch die Patientin stabilisiert. In der Familiensituation begründete Konflikte erscheinen als Fehler der Kranken. Bei Herrn W. (Beispiel 11, S.48) ist die Folge der von ihm geübten Individualisierung seiner Problematik, daß der Blick für gesellschaftlich zu verantwortende Spannungen verstellt wird (uneheliche Geburt, Rassenproblem etc.), während seine verfahrenere Lebenssituation ausschließlich als Konsequenz seines Charakters erscheint.

Mit der Entwicklung des "Lasters" Trunksucht deutet sich schon an, wie ursprünglich gesellschaftliche Mißstände sich immer mehr in individuellem "Fehlverhalten" konkretisieren, für das der Kranke Verantwortung und Folgen trägt. Offenbar ersparen viele Alkoholiker durch ihre Form der Selbstdestruktion sich selbst und der Umwelt die Austragung gesellschaftlicher und individueller Spannungen.

V. Vergleich mit den Ergebnissen von BARD und DYK

Es wurde eine Interpretation der Denk- und Verhaltensweisen psychisch Kranker vorgelegt, in der zum einen ihre Vorstellungen über die Ursachen ihrer Krankheit analysiert sind, in der zum anderen jedoch besonderer Wert auf die Einbettung der Krankheit und der Situation des Kranken in die umgebende Gesellschaft gelegt wird. Der psychiatrische Patient zeigt sich dabei im wesentlichen als Schwacher, Einzelner, der sich mit seiner Krankheit in einer ängstigenden Notlage befindet und auch in den Vorstellungen über die Ursachen seiner Krankheit auf sich selbst zurückgeworfen ist.

Die Denk- und Verhaltensweisen psychiatrischer Patienten zur Krankheit und ihren Ursachen stehen in auffälligem Gegensatz zu dem von BARD und DYK beobachteten Verhalten krebskranker Patienten (s.S. 14). Diese neigen ja in einem sehr hohen Anteil (50 von 72) ihrer Ursachenvorstellungen zur Projektion in die Umwelt, wobei allein 26 mal eine andere Person direkt für die Krankheit verantwortlich gemacht wird. Unsere psychiatrischen Patienten (mit der charakteristischen Ausnahme des Auflehns mit Externalisierung in Beispiel 15) scheuen sich dagegen, ihre Krankheit mit Schwierigkeiten in der Umgebung oder gar mit Personen in Beziehung zu bringen. Während psychiatrische Patienten emotionale Spannungen mit verschiedenen Methoden vor sich und vor anderen verbergen, enthalten 11 von 72 Ursachenvorstellungen der Krebskranken solche emotionalen Spannungen. Die Patienten mit einer schwe-

ren somatischen Krankheit scheinen nicht wie die psychiatrischen Patienten Angst davor zu haben, die Vorstellungen von Krankheit und ihren Ursachen mit den interpersonellen und emotionalen Konflikten ihrer Lebenssituation zu verknüpfen. Dies läßt sich als Indiz dafür werten, daß die Kranken mit psychischen Störungen unter einem starken sozialen Druck stehen, der so ängstigt, daß eine Einbeziehung der Krankheit in soziale Bezüge vermieden wird. Der Krebskranke genießt einen starken und selbstverständlichen Schutz durch die Krankenrolle und ist aus dieser gesicherten Position heraus frei für eine Betrachtungsweise seiner Situation, die auch Gegensätze zur Umwelt nicht scheut. Der psychiatrische Patient genießt einen unvollständigen Schutz in der Krankenrolle, er ist in einer schwachen Position und kann sich keine Sicht seiner Situation erlauben, in der die ängstigenden sozialen Spannungen als ursächlich für die Krankheit angeschuldigt werden; die Bewußtmachung des Gegensatzes zur Umwelt würde ihn noch mehr ängstigen. Stattdessen strebt er nach Kaschieren und Harmonisieren der Konflikte, selbst wenn dies durch Selbstbeschuldigung auf seine Kosten geht, oder aber er nimmt durch Somatisieren den Fluchtweg in die Körperkrankheit. Lediglich die anklagende Haltung in Beispiel 15 steht im Kontrast zur Haltung der übrigen psychiatrischen Patienten und weist durch Externalisieren und Projektion von Schuld Ähnlichkeit zur Haltung der somatisch Kranken auf.

VI. Folgerungen für ärztliches Verhalten

Einige Gedanken über die ärztliche Haltung ergeben sich aus den Vorstellungen psychiatrischer Patienten über die Krankheit und ihre Ursachen sowie aus der Neigung der Patienten, ihren Konflikten auf die verschiedenen Arten auszuweichen. Die Haltung der psychiatrisch Kranken geht nicht nur auf Eigenschaften und Verhaltensweisen des erkrankten Individuums zurück, sondern sie fügt sich ein in soziale Strukturen, die psychischer Krankheit spezielle Funktionen zuwei-

sen. Viele unserer Patienten waren Beispiele dafür, daß mit den psychisch Kranken solche Menschen in psychiatrische Behandlung kommen oder gebracht werden, die eigentlich nicht als isoliertes Individuum krank sind, sondern die in erheblichen interpersonellen Konflikten und sozialen Spannungen stecken, Konflikte und Spannungen, die zur psychischen Krankheit geführt oder sie zumindest mitgestaltet haben. Dies hat Konsequenzen für den Arzt. Auch unsere Patienten legten Zeugnis dafür ab, daß die Psychiatrie mit der Versorgung psychiatrisch Kranker nicht nur die Behandlung intrapsychischer Störungen übernimmt, sondern auch die Betreuung eines erheblichen interpersonellen und sozialen Konfliktpotentials. Mit den Begriffen des PARSONSschen Rollenmodells ausgedrückt erfüllt die Psychiatrie eben doch die Funktion, abweichendes Verhalten derart zu kanalisieren, daß gesellschaftsschädigende Folgen möglichst gering gehalten werden.

Bei einer solchen theoretischen Darstellung scheinen die Interessen des erkrankten Individuums zu kurz zu kommen. Daß sie auch in der Realität zu kurz kommen, dafür sind die immer wieder beobachteten Gefühle von Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld bei den Patienten ein Indiz. Sie sollten den Arzt veranlassen, seine Funktion als Sachwalter gesellschaftlicher Interessen kritisch derjenigen als Sachwalter eines erkrankten Menschen gegenüberzustellen.

Als Anwalt des erkrankten Menschen muß der Arzt es problematisch finden, welche Vorstellung der Patient über die Ursachen seiner Krankheit hat; dies jedenfalls dann, wenn, wie meist in dieser Untersuchung, bei dem Patienten die Tendenz auftritt, sich der bewußten Auseinandersetzung mit seinen Konflikten zu entziehen. Warum kommen die Patienten dazu, ihre Schwierigkeiten auszublenden, sich der Umweltkritik zu unterwerfen, Schuld zu internalisieren usw.? Oder wie gerät andererseits ein Mensch in eine Lebenssituation, in der Kränkungen und Unrecht von ihm verabsolutiert werden und er der

Umwelt schließlich in so haßvoller Auflehnung gegenübersteht, daß er als krank isoliert wird? Offenbar ist solches Verhalten, das immer eine Form des Scheiterns von Konfliktbewältigung enthält, spezifisch für psychisch Kranke.

Werden Verhalten und Ursachenvorstellungen psychiatrischer Patienten in der beschriebenen Weise problematisiert, so lassen sich, wie die Analyse zeigte, nicht nur ihre Denk- und Verhaltensweisen besser verstehen, sondern es ergeben sich auch Impulse für das ärztliche Verhalten gegenüber den Patienten. Mit dem Ziel, ihre meist ängstliche Auslieferung an ihre Situation zu mildern, sollte neben der Betrachtung der Krankheit des Menschen vor allem der Mensch in der Krankheit betrachtet werden. Dazu gehört dann auch, die Auffassung des Patienten selbst von seiner Krankheit und ihren Ursachen zu erörtern, in der Absicht, ihn in seiner Lebens- und Krankheitssituation unabhängiger zu machen. Wegen der Einbettung der Krankheit in die interpersonellen Spannungen und sozialen Konflikte wird dies auch bedeuten, die soziale Konfliktfähigkeit des Patienten, der bisher mit Konfliktflucht und Krankheit reagierte, zu stärken. Bearbeitung des Krankheitsverständnisses und der Ursachenvorstellungen wird - in Umkehrung der Verbiegung der Ursachenvorstellungen als Modus der Konfliktflucht - den Patienten sozial durchsetzungsfähiger machen wollen, damit er nicht mehr bei steigendem Konfliktdruck in Krankheit regrediert.'

Dies bedeutet allerdings, daß über die Stärkung der Konfliktfähigkeit des Patienten Konfliktstoff in seine soziale Umgebung zurückgebracht wird, der vorher von der Krankheit absorbiert war. Dies gefährdet jedoch - auch das muß als Problem berücksichtigt werden - die gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie - i.e. die Betreuung abweichenden Verhaltens. Der Arzt gerät dabei in Widerspruch zu seiner von der Gesellschaft übertragenen Rolle als Puffermedium gegen soziale Disidenten. Auch dies ist eine Konfliktsituation, in ihr gilt es abzuwägen. Mit dieser Arbeit soll dafür plädiert werden, als Arzt den Interessen der Patienten ein größeres Gewicht

zu geben. Dabei ist ungewiß, ob der Arzt die gesellschaftlichen Implikationen psychischer Krankheit durch gesellschaftliche Aktivität sinnvoll beeinflussen kann. Zwar liegen Analyse psychischer Störungen und Gesellschaftskritik dicht beieinander, doch der Arzt ist allein hierdurch für gesellschaftsverändernde Aktivität sicher nicht gerüstet.

Dagegen kann er die in den Fallstudien offenbar gewordene Not des kranken Individuums mildern durch die Analyse seines Selbstverständnisses in der Krankheit und im sozialen Spannungsfeld. Die bei dieser Analyse zutage tretenden Denk- und Verhaltensweisen zur Krankheit und ihren Ursachen geben dem Arzt Aufschluß über die Kräfte, die auf den kranken Menschen in seiner kritischen Lebenssituation einwirken.

TEIL E

Zusammenfassung

Die Vorstellungen psychiatrischer Patienten über ihre Krankheit und deren Ursachen wurden selten untersucht. Zwar waren die Stellung des Kranken in der Umwelt und sein Selbstverständnis in der Krankheit stets Ausdruck der kulturellen Entwicklung der Gesellschaft, dennoch war es durch das Überwiegen der streng naturwissenschaftlich orientierten Medizin dahin gekommen, daß der Mensch bei der Beschäftigung mit Krankheit in den Hintergrund trat. Erst mit dem Aufkommen der anthropologischen Medizin wurde im Zusammenhang mit der Frage nach dem Sinn der Krankheit auch das Selbstverständnis des Kranken Gegenstand ärztlichen Nachdenkens. Insbesondere die psychoanalytischen Auffassungen über Krankheit berücksichtigen die inneren seelischen Bedingungen und die sozialen Einflüsse für das Entstehen von Krankheit. Die Wechselwirkung zwischen Krankheit und Gesellschaft wird besonders deutlich bei der Beschreibung der Funktion der Krankenrollen.

Die Vorstellungen der Patienten über die Ursachen ihrer Krankheit wurden von PFLANZ (1958a, 1958b) an internistischen und psychiatrischen Patienten untersucht. Eine eingehende, psychodynamisch orientierte Interpretation der Ursachenvorstellungen nannten BAKD und DYK bei Untersuchungen an krebserkrankten Patienten vor (1956). Dabei fiel auf, daß häufig eine Projektion von Ursachenvorstellungen in die Umgebung erfolgte und daß - erstaunlich bei Krebserkrankheit - die Patienten häufig interpersonelle Schwierigkeiten und emotionale Spannungen als ursächlich für ihre Krankheit ansahen. Diese Befunde lassen sich bei unseren psychiatrischen Patienten nicht erheben.

Die Schwierigkeiten bei der eigenen Untersuchung der Ursachenvorstellungen psychiatrischer Patienten wurden unter 4 Aspekten dargestellt nach:

- 1) dem individuellen Aspekt - Selbsteinschätzung der Patienten,
- 2) dem gesellschaftlichen Aspekt - Einflüsse der engeren und weiteren Umgebung auf den Patienten,
- 3) dem Aspekt der Rollenfunktion der Medizin und der Struktur des medizinischen Apparates und
- 4) dem Aspekt der psychodynamischen Situation der Kranken.

Hieraus ergab sich die Forderung nach einer Untersuchungsmethode, die sich um eine Vermeidung ängstigender Assoziationen bemüht, die sich aus der gesellschaftlichen Stellung psychischer Krankheit ergeben. Die Untersuchungsmethode sollte weiterhin Aufschluß geben über Fragen wie Einstellung und Haltung des Patienten in der sozialen Umgebung, Charakterstruktur, Psychodynamik, Gefühle und Stimmungen.

Es wurden 30 unausgelesene Patienten mit der Methode des psychodynamisch orientierten Gesprächs untersucht. Die Gespräche fanden möglichst am Aufnahmetag statt, um die Patienten unbeeinflusst von Klinikregime und Therapie zu sprechen. Der Untersucher gehörte nicht zum Klinikpersonal. Die Gespräche wurden möglichst frei und mit ungerichteten Fragen geführt. Eine ungestörte und intensive Gesprächsatmosphäre wurde durch die Aufzeichnung auf Tonbänder erreicht, die später abprotokolliert wurden. Zur Ergänzung wurde ein systematischer Fragebogen ausgefüllt, um die Vollständigkeit der Gespräche zu kontrollieren.

Die Auswertung geschah durch Analyse mit der Fallstudienmethode. Die Aussagen der Patienten werden in wörtlichen Zitaten vorgestellt und in einen interpretativen Zusammenhang gestellt.

Fast alle untersuchten Patienten empfinden in der neuen Situation als psychiatrisch Kranke intensive Gefühle von Angst, Unsicherheit, Schwäche, Versagen und Schuld. Diese sind Ausdruck ihres innerseelischen Befindens, spiegeln aber auch das interpersonelle und soziale Spannungsfeld, in dem die Krankheit entstand. Das Verhalten der Patienten, ihre Sicht der Krankheit und ihre Vorstellungen über die Ursachen lassen sich verstehen als Versuch zur Bewältigung der neuen, meist ängstigenden Situation als Patienten der psychiatrischen Klinik. Dabei entwickeln sich charakteristische Denk- und Verhaltensweisen der Patienten zur Krankheit und ihren Ursachen, die in den Fallstudien analysiert und in Beziehung zu Charakterstruktur, Psychodynamik und sozialer Situation gesetzt werden. Folgende Haltungen, die meist unabhängig von speziellen Krankheitsgruppen auftreten und die nosologischen Grenzen der behandelten Krankheitsbilder wenig bedeutungsvoll erscheinen lassen, werden herausgearbeitet:

1.) Abwehrhaltung

Hier besteht die Tendenz, die psychische Krankheit nicht wahrhaben zu wollen; ebenso werden mögliche Ursachen- und Konfliktbereiche der Krankheit mit charakteristischen Denk- und Verhaltensweisen der bewußten Bearbeitung entzogen. Methoden solchen Abwehrverhaltens sind Leugnen psychischer Krankheit, Banalisieren der Krankheit und ihrer Ursachen, Somatisieren und Ausblenden von Konflikten.

2.) Unterwerfungshaltung

Hier wird psychische Krankheit akzeptiert und mit z.T. großem Leidensdruck erlebt. Charakteristisches Verhalten ist die Internalisierung aller in der Lebenssituation bereitliegenden Problem- und Konfliktbereiche, die zu persönlicher Schuld verarbeitet werden. So entsteht das Bild der Unterwerfung unter Kritik und Forderungen der Umwelt. Häufig geschieht das Internalisieren in der Form wahnhaften Erlebens. Mit dem Internalisieren ist oft das Phänomen verknüpft, daß Probleme

und Konflikte zwischen dem Patienten und seiner Umgebung als Ergebnis eigenen Fehlverhaltens bzw. eigener Charaktermängel aufgefaßt werden. Solche Individualisierung interpersoneller und sozialer Spannungen bewirkt eine Belastung des Kranken bei Entlastung seiner Umwelt.

3.) Anpassungshaltung

Diese Patienten kennen ihre Krankheit und passen sich in ihren Vorstellungen über die Ursachen den ätiologischen Vorstellungen der Medizin an. Oft bestand vorher Kontakt zu Psychotherapie oder einschlägiger Literatur. Freilich bleibt die Kenntnis der Ursachen der psychischen Krankheit folgenlos, weil die Patienten sie nicht zur Änderung ihrer psychischen Situation nützen können.

4.) Realitätsverkennung

Zwei manische Patienten erkennen die von der Umwelt behauptete Krankheit nicht an. Ausgehend von dem subjektiven Gefühl gesteigerten Wohlbefindens lehnen sie es ab, über ihre "Krankheit" und deren Ursachen nachzudenken. Die Tatsache des Klinikaufenthaltes wird dabei erstaunlich bereitwillig toleriert und im Rahmen der manischen Stimmungsänderung umgedeutet.

5.) Kämpferische Auflehnung

In der querulatorischen Entwicklung finden wir ein Verhalten zur psychischen Krankheit und ihren Ursachen, das einen starken Kontrast zu den übrigen Denk- und Verhaltensweisen psychisch Kranker bildet. In einer kraftvollen Mischung aus Geltungssucht, Empfindlichkeit und Starrheit werden alle Probleme der Lebenssituation als persönliche, ungerechte Kränkung empfunden und führen zum unablässigen Kampf gegen die Umwelt. Die Schuld wird stets externalisiert. Für die Umwelt sind solche Menschen, deren bürgerliches Leben allmählich zerstört wird und deren beständige Kritik schließlich zu ihrer Ausgrenzung als krank führt, nur schwer zu ertragen.

Neben der Maßlosigkeit der Kritik und dem von der meist ängstlichen Haltung der übrigen psychisch Kranken so verschiedenen Verhalten dieser "Patienten" sind sie wohl auch deshalb schwer erträglich, weil ihre Kritik stets einen wahren Kern enthält und deshalb nicht einfach als "verrückt" abgetan werden kann.

Bei der Analyse der Gespräche erweisen sich neben den beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen der Patienten zwei weitere Gesichtspunkte als wesentlich für ihre Situation.

1.) Psychische Krankheit und psychisch Kranke sind in der Gesellschaft, wie vielfach belegt wird, diskriminiert. Die Umgebung begegnet den Kranken mit Unverständnis und Vorwürfen, den Schutz der Krankenrolle erhalten sie nicht mit der gleichen Selbstverständlichkeit wie somatisch Kranke, ihr Wunsch nach Gespräch und Anteilnahme wird selten erfüllt. Selbst in der psychiatrischen Klinik beanspruchen die vermeintlich körperlich Kranken höheres Ansehen als die psychisch Kranken, von denen sie sich distanzieren.

2.) Flucht vor Konflikten mit Hilfen. Gelingt es nicht, mit den beschriebenen Denk- und Verhaltensweisen als "Vermeidungsstrategien" der bewußten Bearbeitung von Konflikten auszuweichen, so besteht bei vielen psychisch Kranken die Gewohnheit, die "Konfliktflucht" mit Hilfsmitteln zu unterstützen. Solche "Fluchthelfer" sind insbesondere der Alkohol, aber auch Tranquilizer, Stimulantien, Analgetika und Halluzinogene. Besonders die allmähliche "Selbstdestruktion" des Alkoholikers führt oft zur Individualisierung von Problemen, die eigentlich gesellschaftlich vorgegeben sind.

Aus der Analyse der Gespräche mit den Patienten werden eine Reihe von Motiven für ihre Denk- und Verhaltensweisen zur psychischen Krankheit und ihren Ursachen deutlich. Diese Motive liegen z.B. in der sozialen Diskriminierung psychischer Krankheit, auch in konkreten sozialen Nachteilen für

die Lebenssituation psychisch Kranker. Die verschiedenen "Vermeidungsstrategien" liegen weiter in der Schwäche psychisch Kranker bei der Auseinandersetzung im sozialen Konfliktfeld begründet sowie in intrapsychischen Motiven, die zur Schwäche psychisch Kranker beitragen. Eine besondere Bedeutung für das als Vermeidung der Konfliktaustragung beschriebene Verhalten besitzt die enge Verknüpfung von Krankheit und Regression. Um die mit der Regression verbundene Entlastung nicht zu gefährden, scheuen die Patienten eine entschiedene Stellungnahme im sozialen Konfliktfeld; dies schlägt sich dann in ihren Ursachenvorstellungen nieder.

Über die Folgen des Verhaltens psychisch Kranker zur Krankheit und ihren Ursachen lassen sich weniger Aussagen machen. Dennoch wird die Bedeutung erkennbar, die deformierte Ursachenvorstellungen der Patienten sowohl für konkrete Lebensentscheidungen haben als auch für das Arzt-Patient-Verhältnis. Auch die gefühlsmäßige Situation des Patienten in der Krankheit wird durch seine Ursachenvorstellungen mitbestimmt. Für die Chronifizierung und das Rezidivieren psychischer Krankheit kann es wesentlich sein, daß ein Bedingungsgefüge aus deformierter Ursachenvorstellung einerseits und Bereitschaft zum Ausweichen in Krankheit bei steigendem Konfliktdruck andererseits besteht. Die kaschierenden Methoden der Ursachenvorstellung können das Wiederauftreten psychischer Krankheit begünstigen. Deformierte Ursachenvorstellungen können auch dazu führen, daß die kathartische Wirkung ausbleibt, die von der Beschäftigung mit den Ursachenbereichen psychischer Krankheit ausgehen kann. Als wichtige Folge der verschiedenen Denk- und Verhaltensweisen zur psychischen Krankheit finden wir schließlich, daß die unkorrigierte Ursachensicht der Patienten oft mit einer ungerechten Schuldverteilung einhergeht. Häufig stabilisiert die Umwelt sich auf Kosten des Kranken, der sich mit den verschiedenen beschriebenen Methoden selbst belastet.

Aus der Untersuchung werden einige Folgerungen für das ärztliche Verhalten abgeleitet. Mit den psychisch Kranken erhält

der Arzt nicht nur eine Krankheit zur Betreuung anvertraut, sondern auch einen Kranken, der sich in einer ängstigenden Lebenssituation befindet, vor allem aber ein erhebliches interpersonelles und soziales Konfliktpotential, das oft mit der psychischen Krankheit verbunden ist. Die psychische Krankheit erweist sich als eingebettet in soziale Zusammenhänge, die den Patienten - oft zu Unrecht - belasten und ängstigen. Die Ursachenvorstellungen der Patienten und ihr Selbstverständnis legen Zeugnis ab von dem starken sozialen Druck, dem sie ausgeliefert sind. In dieser Situation sollte der Arzt sich um eine Stärkung der Position des erkrankten Individuums bemühen, auch wenn dies über die Herstellung seiner sozialen Konfliktfähigkeit hinaus bedeutet, einen Teil des Konfliktpotentials, das der Psychiatrie zur Betreuung übergeben wurde, in die Gesellschaft zurückzutragen.

TEIL F

Literaturverzeichnis

- BALINT, M.: Examination By The Patient. Excerpta Medica, Int.Congress series Nr.53: 9-14, London 1960.
- BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. (Klett, Stuttgart 1957).
- BARD, M. und DYK, R.: The Psychodynamic Significance Of Beliefs Regarding The Cause Of Serious Illness. Psychoanalytic Review 43: 146-162, New York 1956.
- BOCHNIK, H.J. und LEGEWIE, H.: Multifaktorielle klinische Forschung. (Enke, Stuttgart 1964).
- de BOOR, C. und KÜNZLER, E.: Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. (Huber, Bern und Klett, Stuttgart 1963).
- de BOOR, C.: Widerstände gegen die psychosomatische Behandlung. Psyche XII: 511-520 (1958).
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/Main 1969).
- ERNST, K.: Die psychiatrische Behandlung im Rückblick von Patient und Nachuntersucher. Nervenarzt 35: 248-256 (1964).
- ERNST, K. und ERNST, C.: Krankheitsursache und Klinikbehandlung im rückblickenden Urteil von neurosekranken Patientinnen. (Eine Ergänzung). Nervenarzt 41: 317-320 (1970).
- FISCHER, F.: Irrenhäuser, Kranke klagen an. (Desch, München, Wien, Basel 1969).
- FOUCAULT, M.: Histoire de la folie. (Librairie Plon, Paris 1961). Deutsch: Wahnsinn und Gesellschaft, eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Suhrkamp, Frankfurt/Main 1969).
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. (Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1936).

- FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (Ausgabe in 3 Teilen. Heller, Leipzig und Wien 1916-17). G.W., Bd.11.
- GRODDECK, G.: Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik (Hrsg.v. G.Clauser), (Limes, Wiesbaden 1966).
- HEMPRICH, R. und KISKER, K.: Die "Herren der Klinik" und ihre Patienten. Nervenarzt 39: 433-441 (1968).
- JORES, A.: Der Mensch und seine Krankheit. (Klett, Stuttgart 1959).
- JORES, A.: Vom kranken Menschen. Ein Lehrbuch für Ärzte. (Thieme, Stuttgart 1960).
- LANGEN, D.: Psychodiagnostik - Psychotherapie. (Thieme, Stuttgart 1969), (3.Aufl.: Psychotherapie. (Thieme, Stuttgart 1973).)
- MEERWEIN, F.: Die Grundlagen des ärztlichen Gesprächs. (Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1969).
- MITSCHERLICH, A.: Hindernisse in der sozialen Anwendung der Psychotherapie. Psyche VIII: 284-305 (1954).
- MITSCHERLICH, A.: Über die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf Entstehung und Behandlung von Psychosen und Neurosen. Med.Klinik 52: 125-129 (1957).
- MITSCHERLICH, A.: Soziologisches Denken in der Medizin. Krankenhausarzt 20: 286-292 (1958).
- MYERS, J. und ROBERTS, B.: Family And Class Dynamics In Mental Illness. (John Wiley and Sons, New York 1964).
- PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Kölner Zschr. f. Soziolog. und Sozialpsychologie, Sonderheft 3: 10-57, Westdeutscher Verlag Köln-Opladen (1958).
- PARSONS, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. (Hrsg. A.Mitscherlich). S.57-87. (Kiepenheuer und Witsch, Köln, Berlin 1967).
- PETERS, U.H.: Interpretation als psychopathologische Methode. Psychiatria clinica 6: 81-96 (1973).

- PFLANZ, M.: Entstehung und Bedeutung von Vorstellungen über die Ursachen von Krankheiten. Acta psychotherapeutica psychosomatica orthopaedagogica 2: 156-168 (1958).
- PFLANZ, M.: Über ätiologische Vorstellungen. Die Medizinische 27: 52-55 (1958).
- SIGERIST, H.E.: Krankheit und Zivilisation. (Geschichte der Zerstörung der menschlichen Gesundheit). (Metzner, Frankfurt/Main 1952).
- SOLMS, W. und TYNDEL, M.: Die Umschreibung der Diagnose "Hysterie" in der ärztlichen Praxis. Wiener Med. Wochenschrift 104: 605-609 (1954).
- SPK, Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg - Dokumentation (Prolit-Buchvertrieb, Gießen 1972).
- STERN, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin. (Rascher, Zürich 1952).
- STÖRRING, G.E., SUCHENWIRTH, R. und VÖLKEL, H.: Emotionalität und cycloide Psychosen. (Zur Psychopathologie der sogenannten Randpsychosen). Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 14: 85-97 (1962).
- von WEIZSÄCKER, V.: Studien zur Pathogenese. (Thieme, Stuttgart 1946).
- von WEIZSÄCKER, V.: Fälle und Probleme. (Enke, Stuttgart 1947).

Lebenslauf

Am 4. Dezember 1944 wurde ich, Henning Saß, als Sohn des Kaufmanns Friedrich Saß und seiner Ehefrau Alida, geb. Lehmbeck, in Kiel geboren. Zunächst lebte ich mit meiner Mutter in Raisdorf bei Kiel; nach Rückkehr meines Vaters aus der Kriegsgefangenschaft im Jahre 1949 zogen wir nach Kiel zurück.

Hier besuchte ich 4 Jahre lang die Grundschule und anschließend 9 Jahre lang das Max-Planck-Gymnasium, an dem ich 1964 die Reifeprüfung bestand. Anschließend leistete ich einen zweijährigen Wehrdienst bei der Bundeswehr ab.

Im SS 1966 begann ich an der Kieler Universität mit dem Medizinstudium. Nach dem WS 1966/67 legte ich hier das Vorphysikum und nach dem WS 1968/69 das Physikum ab. Im SS 1969, dem 1. klinischen Semester, studierte ich noch an der Universität Kiel, anschließend verbrachte ich das WS 1969/70 in Wien. Danach setzte ich das Studium vom SS 1970 bis zum WS 1970/71 in Mainz fort. Zum SS 1971 kehrte ich nach Kiel zurück und legte hier nach dem WS 1971/72 das Staatsexamen ab, das ich am 30. August 1972 bestand.

Als Medizinalassistent habe ich vom 1.11.1972 bis 28.2.1973 an der Universitäts-Nervenlinik in Kiel gearbeitet.

Die Einführung in psychiatrische Probleme verdanke ich Vorlesungen und Seminaren folgender Lehrer, die ich im Laufe der klinischen Semester hörte: Prof. Dr. Völkel in Kiel; Prof. Dr. Berner, Prof. Dr. Frankl, Prof. Dr. Rungel und Prof. Dr. Strotzka in Wien; Prof. Dr. Langen und Prof. Dr. Peters in Mainz.

Besonderen Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. Peters für die Anregung dieser Arbeit und hilfreiche Kritik sagen.

